

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DJ/DP/UNE/N° **655/2024**

La Paz, 31 MAY 2024

MODIFICA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DPC/DJ/N° 156-2014 DE 27 DE FEBRERO DE 2014

VISTOS:

El Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social – CMISS y su respectivo Acuerdo de Aplicación, la Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N°156-2014 de 27 de febrero de 2014, el Informe Técnico APS-DP-USPB-INF-537-2023 de 27 de diciembre de 2023, el Informe APS-UNE-INF-72-2024 de 29 de mayo de 2024, el Informe Legal APS-DJ-UJP-INF-195-2024 de 31 de mayo de 2024, la documentación cursante y todo lo que ver convino y se tuvo presente.

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia promulgada el 07 de febrero de 2009, en su Artículo 45, señala que la dirección, control y administración de la Seguridad Social, corresponde al Estado, la cual se regirá bajo las leyes y los Principios de Universalidad, Integralidad, Equidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad, Interculturalidad y Eficacia.

Que, el Decreto Supremo N° 4857 de 06 de enero de 2023, determina la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco de lo establecido en la Constitución Política del Estado.

Que, conforme el Decreto Supremo N° 0071 de 09 de abril de 2009, se crea la ex Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones – AP como una institución que fiscaliza, controla, supervisa y regula la Seguridad Social de Largo Plazo, considerando la normativa de Pensiones, la Ley N° 3791 de 28 de noviembre de 2007 de la Renta Universal de Vejez y sus reglamentos, en tanto no contradigan lo dispuesto en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Que, de acuerdo con el Artículo 167 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, se determina que la Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones - AP se denominará en adelante Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS y asumirá las atribuciones, competencias, derechos y obligaciones en materia de Seguros de la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero – ASFI.

Que, el inciso b) del Artículo 168 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, establece las funciones y atribuciones asignadas al Organismo de Fiscalización en materia de Pensiones y Seguros, entre las que se encuentra controlar y fiscalizar a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, Entidad Pública de Seguros, Entidades Aseguradoras u otras entidades bajo su jurisdicción, de acuerdo con la Ley de Pensiones, Ley de Seguros y los reglamentos correspondientes.

Que, el Artículo 169 parágrafo I de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, establece que el Organismo de Fiscalización estará representado por una Directora o Director Ejecutivo, quien se constituirá en la Máxima Autoridad Ejecutiva de la Entidad y ejercerá la representación institucional.

Página 1 de 4

"2023 AÑO DE LA JUVENTUD HACIA EL BICENTENARIO"

CONSIDERANDO:

Que, en fecha 10 de noviembre de 2007, en Santiago de Chile, Bolivia suscribió el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social - CMISS y su respectivo Acuerdo de Aplicación, instrumento creado para coordinar acciones encaminadas a la obtención de Prestaciones de la Seguridad Social de Largo Plazo para trabajadores migrantes, reconociendo sus derechos adquiridos dentro de los Estados que forman parte de dicho Convenio.

Que, el artículo 196 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, de conformidad con la atribución conferida por el Artículo 158, numeral 14), de la Constitución Política del Estado, aprueba y ratifica el "Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social".

Que, con Resolución Administrativa APS/DJ/DPC/N° 133-2012 de 01 de marzo de 2012, se aprobó el Procedimiento para Certificación de Aportes para el Exterior, destinado a atender las solicitudes de Certificación de Aportes recibidas en el marco del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social - CMISS.

Que, mediante Resolución Administrativa APS/DPC/ N° 861-2012 de 12 de noviembre de 2012, se aprueba los Formularios para la aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

Que, con Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N° 156-2014 de 27 de febrero de 2014, se aprueba la Guía para el llenado de los Formularios del CMISS y el procedimiento para el otorgamiento de Prestaciones y Pensiones cuando el Asegurado tiene Aportes efectuados en otro(s) Estado(s) Parte del CMISS y se modifica la Resolución Administrativa APS/DPC/N° 861-2012 de 12 de noviembre de 2012.

CONSIDERANDO:

Que, en la XIV reunión del Comité Técnico Administrativo del CMISS, que se llevó a cabo en Uruguay el 30 y 31 de octubre de 2023, se acordó la modificación de los Formulario de Solicitud Ibero - 1 y Formulario de Enlace Ibero - 2, unificándolos en un solo documento denominado "IBERO INTEGRADO" acompañado del "IBERO FIRMA" correspondiente a la aceptación de la información consignada y consentimiento para el intercambio de información entre Estados Parte.

Que, en dicha reunión, los países expusieron sus observaciones al Formulario "IBERO INTEGRADO" y su respectivo Anexo "IBERO FIRMA", efectuándose modificaciones de forma, quedando España a cargo de la elaboración de los documentos finales para su remisión a los Estados Parte hasta el 31 de diciembre de 2023 a través de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social - OISS.

Que, mediante correo electrónico de 11 de diciembre de 2023, la OISS, remitió a la APS el Formulario "IBERO INTEGRADO" y su respectivo Anexo "IBERO FIRMA" con las modificaciones solicitadas por los Estados Parte.

Que, el Título IV del Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, sobre las Decisiones del Comité Técnico Administrativo del CMISS, señala:

"Disposiciones sobre el Comité Técnico Administrativo

(...)

Artículo 31. Adopción de las decisiones sobre el Convenio o el Acuerdo.

1. Las decisiones del Comité Técnico Administrativo precisarán, para su adopción, la unanimidad de los miembros del Comité.
2. No obstante lo anterior, las decisiones del Comité podrán ser adoptadas por la mayoría absoluta de sus miembros, si bien, en tales supuestos, los Estados Parte cuyos representantes en el Comité no aprueben la decisión, podrán efectuar reserva sobre la no aplicación de aquella en su territorio."

Que, en la Comisión de Gestión de la XIV reunión del Comité Técnico Administrativo del CMISS, respecto a la aplicación del Formulario "IBERO INTEGRADO" y su Anexo "IBERO FIRMA", los Estados Parte acordaron lo siguiente:

"Esta comisión concluye dar estabilidad al formulario IBERO INTEGRADO por los Estados Parte y se comprometen a utilizarlo conforme a la Decisión 24 del Catálogo a partir de la distribución por parte de la Secretaría General de la OISS del formulario que incorpora lo acordado en esta comisión".

Que, conforme a lo anterior el Comité Técnico Administrativo del CMISS, en ejercicio de sus facultades, aprobó la unificación de los Formulario de Solicitud Ibero - 1 y Formulario de Enlace Ibero - 2, que pasaría a denominarse "IBERO - INTEGRADO", que, una vez sea remitido por la OISS a los Estados Parte, será utilizado por los Estados Parte e incluido en la nueva versión del Sistema SIBERO.

Que, en este contexto, corresponde al Estado Plurinacional de Bolivia como Estado Parte, que suscribió el CMISS y su respectivo Acuerdo de Aplicación, adoptar la Decisión 24 (aprobar la unificación de los formularios IBERO 1 e IBERO 2, que pasaría a denominarse IBERO Integrado) el Catálogo de Decisiones del Comité Técnico Administrativo del CMISS y por consiguiente, proceder a la actualización de la normativa regulatoria que apruebe el uso de los Formularios "IBERO INTEGRADO" y su Anexo "IBERO FIRMA", dejando sin efecto el Formulario de Solicitud Ibero - 1 y Formulario de Enlace Ibero - 2, para su aplicación en el Sistema Integral de Pensiones - SIP.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Suprema N° 27605 de 20 de septiembre de 2021, la Lic. María Esther Cruz López, fue designada como Directora Ejecutiva de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

POR TANTO:

LA DIRECTORA EJECUTIVA DE LA AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS, EN USO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR NORMA,

RESUELVE:

PRIMERO.- Dejar sin efecto el Anexo 5: "Formulario de Solicitud Ibero - 1" y Anexo 6: "Formulario de Enlace Ibero - 2", aprobados por el resuelve primero de la Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N° 156-2014, de 27 de febrero de 2014, mismos formularios que a partir de la fecha de vigencia de la presente Resolución Administrativa quedan sustituidos por los Formularios "IBERO - INTEGRADO" e "IBERO FIRMA".

SEGUNDO.- Aprobar los Formularios "IBERO – INTEGRADO" e "IBERO - FIRMA", contenidos en el Anexo que forma parte indivisible de la presente Resolución Administrativa.

TERCERO.- Los trámites iniciados con los Formularios de Solicitud Ibero - 1 y Formulario de Enlace Ibero - 2, aprobados mediante Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N° 156-2014, de 27 de febrero de 2014, seguirán su curso hasta su conclusión.

CUARTO.- Las disposiciones de carácter operativo para la aplicación de la presente Resolución Administrativa, serán emitidas mediante Circular.

QUINTO.- Se dejan sin efecto las disposiciones contrarias a la presente Resolución.

Regístrese, notifíquese y archívese.

María Esther Cruz López
DIRECTORA EJECUTIVA
Autoridad de Fiscalización y Control
de Pensiones y Seguros - APS

MECL/AMVM/JAVA/VEBP/JAAN/GPYR/NDCM/TGV


AGENCIA PÚBLICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL ALCORAZO
VENTANILLA DE TRÁMITE NO SUJETTIVOS
AGENCIA COSTA IIII
07 JUN 2024
RECIBIDO
 Nº REGISTRO HOJA DE RUTA: 40384
 CANTIDAD DE FOJAS:
 HORA: 17:47 FIRMA:

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la ciudad de San Pedro a horas 17:47 del día 07
 de junio de 2024 notifique con Resolución
Administrativa N° 65 de horas de
 fecha 31/05/24 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control
 de Pensiones y Seguros a Agencia Pública de
Costa III a través de su
Representante Legal


 Gabriel Denise Pico Pintaya
 NOTIFICADO
 DIRECCIÓN JURÍDICA
 Autoridad de Fiscalización y
 Control de Pensiones y Seguros - APS

**CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL**

FORMULARIO DE ENLACE / FORMULÁRIO DE LIGAÇÃO

Artículos 19, 20 y 21 del Acuerdo de Aplicación/ Artigos 19, 20 e 21 do Acordo de Aplicação

**1. ORGANISMO DE ENLACE O INSTITUCIÓN COMPETENTE QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO
ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE QUE EFECTUA A TRAMITAÇÃO DO PEDIDO**

Nombre del Organismo / <i>Nome do Organismo</i>	.....
Dirección / <i>Endereço</i>	.....
Localidad / <i>Localidade</i>	País / <i>País</i>
Número de expediente o referencia / <i>Nenhum registro ou referência</i>	.....

**2. ORGANISMOS DE ENLACE O INSTITUCIONES COMPETENTES DESTINATARIAS
ORGANISMOS DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÕES COMPETENTES DESTINATARIAS**

País /País	Nombre del Organismo /Nome do Organismo	Dirección/Endereço

**SOLICITUD PRESENTADA POR EL INTERESADO
SOLICITAÇÃO APRESENTADO PELO INTERESSADO**

- Jubilación/Velhice Incapacidad/Invalidez Supervivencia/Pensão por morte
 Certificación de períodos de seguro/Certificação dos períodos de seguro

Fecha de la solicitud/Data do requerimento / /

4. DATOS DEL TRABAJADOR ASEGURADO/DADOS DO TRABALHADOR SEGURADO

4.1 Apellido (s)/Sobrenome (s) (1)	.....
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira(2)	.....
Nombre (s)/Nome(s)	.....
4.2 Fecha de nacimiento/Data de nascimento / /
4.3 N° Documento de identificación en la institución competente/ N° Documento de identificação na instituição competente	.....
4.4 N° de Seguridad Social en la institución competente/ N° Segurança Social na instituição competente(3)	.....
4.5 N° Documento de identificación en la institución destinataria/ N° Documento de identificação na Instituições destinataria(4)	.....
N° de Seguridad Social en la institución destinataria/ N° Segurança Social na instituição destinataria(3)	.....

**DATOS DEL SOLICITANTE (COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EN CASO DE PENSIONES DE SUPERVIVENCIA)
DADOS DO SOLICITANTE (COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EM CASO DE PENSÕES POR MORTE)**

Apellido (s)/Sobrenome (s) (1)	.....
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira(2)	.....
Nombre (s)/Nome(s)	.....
5.2 Fecha de nacimiento/Data de nascimento / /
5.3 N° Documento de identificación en la institución competente/ N° Documento de identificação na instituição competente	.....
5.4 N° Documento de identificación en la institución destinataria/ N° Documento de identificação na Instituições destinataria(4)	.....

6. DATOS DEL ASEGURADO / DADOS DO SEGURADO

6.1 Apellido (s)/Sobrenome (s) (1)	
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira(2)	
Nombre (s)/Nome(s)	
6.2 Nombre(s) del padre/Nome (s) do pai	
6.3 Nombre(s) de la madre /Nome(s) da mãe	
6.4 Fecha de nacimiento/Data de nascimento / /
6.5 Sexo/Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino/Masculino <input type="checkbox"/> Femenino/Feminino
6.6 Lugar de nacimiento/Local de nascimento	
6.7 País de nacimiento/País de nascimento	
6.8 Nacionalidad /Nacionalidade	
6.9 Profesión o actividad/Profissão ou atividade	
6.10 Fecha en que ha dejado o dejará de trabajar y/o cotizar Data em que você deixou ou parou de trabalhar e/ou citação (5) / / <input type="checkbox"/> El asegurado sigue trabajando y/o cotizando O interessado continua trabalhando e/ou citação
6.11 Estado civil/Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/Casado <input type="checkbox"/> Viudo/Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Separado <input type="checkbox"/> Unión de hecho/União estável <input type="checkbox"/> Concubinato/Concubinato
6.12 Fecha de fallecimiento/Data da morte / /
6.13 País de fallecimiento/País da morte	
6.14 Causa del fallecimiento/Causa da morte	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo/ Acidente no trabalho <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional/ Doença ocupacional <input type="checkbox"/> Accidente no laboral/ Acidente não profissional <input type="checkbox"/> Enfermedad común/ Doença comum
6.15 Dirección/Endereço	
Calle/Rua	Nº Piso/Depto
Localidad /Localidade	C.P./CEP
Provincia/Estado/ Departamento /Región	
País/País	
Nº de teléfono/Telefone	Correo electrónico/E-mail

6.16 ¿Cobra otras prestaciones de otros regímenes de la seguridad social?/
Você recebe outros benefícios de outros esquemas de previdência social? No/Não Sí/Se

Tipo de prestación/ Tipo de benefício	La cobra/ A carga	Organismo que la abona/Organismo pagador Especifique país/ especificar o país(6)	Cuantía mensual/ Montante mensal
Vejez/Idade	<input type="checkbox"/>		
Incapacidad permanente/Incapacidade permanente	<input type="checkbox"/>		
Viudez/Viuvez	<input type="checkbox"/>		
Orfandad/Orfandade	<input type="checkbox"/>		
Desempleo/Desemprego	<input type="checkbox"/>		
Otra/Otros	<input type="checkbox"/>		

9. DATOS DEL SOLICITANTE / (COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EN CASO DE PENSIONES POR SUPERVIVENCIA) / DADOS DO SOLICITANTE / COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EM CASO DE PENSÕES POR MORTE

9.1 Apellido (s)/Sobrenome (s) (1)	
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira(2)	
Nombre (s)/Nome(s)	
9.2 Nombre(s) del padre/Nome (s) do pai	
9.3 Nombre(s) de la madre /Nome(s) da mãe	
9.4 Fecha de nacimiento/Data de nascimento / /
9.5 Sexo/Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino/Masculino <input type="checkbox"/> Femenino/Feminino
9.6 Lugar de nacimiento/Local de nascimento	
9.7 País de nacimiento/País de nascimento	
9.8 Nacionalidad /Nacionalidade	
Estado civil/Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/Solteiro <input type="checkbox"/> Viudo/Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Separado <input type="checkbox"/> Concubinato/Concubinato <input type="checkbox"/> Casado/Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorciado <input type="checkbox"/> Unión de hecho/União estável
9.10 Parentesco con el asegurado/Parentesco como asegurado	
9.11 Fecha de matrimonio/Data do casamento / /
9.12 Fecha del divorcio o de separación/Data de divórcio ou separação / /
9.13 Fecha de nuevas nupcias/Data do novo casamento / /
9.14 Fecha de inscripción como pareja de hecho/Data de inscrição como parceiro(8) / /
9.15 Ingresos anuales percibidos por el solicitante en los últimos 12 meses/Rendimiento anual recebido pelo candidato nos últimos 12 meses	
9.16 Dirección/Endereço	
Calle/Rua	Nº Piso/Depto
Localidad /Localidade	C.P./CEP
Provincia/Estado/ Departamento /Región	
País/País	
Nº de teléfono/Telefone	Correo electrónico/E-mail
9.17 Otras informaciones/Outras Informações (9)	










10. DATOS RELATIVOS A LOS FAMILIARES DEL ASEGURADO/DADOS RELATIVOS AOS MEMBROS DA FAMÍLIA DO ASEGURADO

1º) Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre(s)/Nome(s)

Sexo/Sexo Hombre/homem Mujer/Mulher

Vinculo de parentesco/ o Relação de familia

Fecha de nacimiento/Data de nascimento/...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10)

Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre(s)/Nome(s)

Sexo/Sexo Hombre/homem Mujer/Mulher

Vinculo de parentesco/ o Relação de familia

Fecha de nacimiento/Data de nascimento/...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10)

3º) Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre(s)/Nome(s)

Sexo/Sexo Hombre/homem Mujer/Mulher

Vinculo de parentesco/ o Relação de familia

Fecha de nacimiento/Data de nascimento/...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10)

10. DATOS RELATIVOS A LOS FAMILIARES DEL ASEGURADO/DADOS RELATIVOS AOS MEMBROS DA FAMÍLIA DO ASEGURADO

4º) Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre(s)/Nome(s)

Sexo/Sexo Hombre/homem Mujer/Mulher

Vinculo de parentesco/ o Relação de família

Fecha de nacimiento/Data de nascimento/...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10).....

5º) Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre(s)/Nome(s)

Sexo/Sexo Hombre/homem Mujer/Mulher

Vinculo de parentesco/ o Relação de família

Fecha de nacimiento/Data de nascimento/...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? Si/Se No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? Si/Se No/Não Ingresos anuales/Renda anual

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? Si/Se No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? Si/Se No/Não

Dirección/Endereço(10).....










**11. DATOS DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL/
DADOS DO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (11)**

11.1 Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre (s)/Nome(s)

11.2 Dirección/Endereço

Calle/Rua N° Piso/Depto

Localidad /Localidade C.P./CEP

Provincia/Estado/ Departamento /Región

País/País

N° de teléfono/Telefone Correo electrónico/E-mail

12. FORMA DE PAGO DE LA PENSIÓN/FORMA DE PAGAMENTO DA BENEFICIO

País/País

Titular de la cuenta/Titular da conta

Forma de pago deseada/Forma de pagamento desejada(12) Cheque nominal
cheque nominal Transferencia bancaria/
Transferencia bancária

BIC/SWIFF: IBAN:

CCC/ CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO/POUPANÇA
 N° de la entidad/N° de entidade N° de la agencia/N° da agencia Control/Digito verificador N° de cuenta/N° conta

Nombre de la entidad bancaria/Nome da entidade bancária

Dirección/Endereço

**13. PLAZAMIENTO DEL DERECHO A PENSIÓN DE VEJEZ O JUBILACIÓN (Artículo 16.5 del Acuerdo de Aplicación)
ESPERANÇAS DE PLAZAMENTO DA PENSÃO DE DIREITO À APOSENTADOIRA (Artigo 16.5 do Acordo de Aplicação)**
13.1 ¿Aplaza la solicitud en otro(s) Estado(s) Parte? Sí/Sim No/Não

¿Adia a solicitação em outro(s) Estado(s) Parte?

13.2 En caso afirmativo, indique en cuál o cuáles

Se é assim, indique em qual ou quais

**15. PRESTACIONES A CARGO DE LA INSTITUCIÓN QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO/
PRESTAÇÕES A CARGO DA INSTITUIÇÃO QUE EFECTUA A TRAMITAÇÃO DO PEDIDO**

15.1

Por totalización/*Por totalização*

Sin totalización/*Sem totalização*

En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta/
Em caso de liquidação por totalização, número total de dias tomados em em consideração

Coefficiente prorrata/*Coefficiente proporcional*

15.2 Tipo de prestación reconocida/
Tipo da prestação reconhecido

15.3 Cuantía mensual/
Montante mensal

15.4 Moneda/
Moeda

15.5 N° de pagas anuales/
N° de pagamentos anuais

15.6 Fecha de inicio/
Data de inicio / /

15.7 Sin derecho a prestación por el siguiente motivo/*Sem direito à prestação pelo motivo seguinte*

**ORGANISMO DE ENLACE O INSTITUCIÓN COMPETENTE QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO
ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE QUE EFECTUA A TRAMITAÇÃO DO PEDIDO**

Denominación /
Denominação

Dirección /
Endereço

Localidad /
Localidade País /
País

Teléfono /
Telefone Correo electrónico /
E-mail

Sello/*Carimbo*

Fecha/*Data* / /

Firma/*Assinatura*

20230216
 Autoridad de Regulación y Control de Servicios
 María Esther Cruz López
 Autoridad de Regulación y Control de Servicios
 Americo M. Natchado Vera
 Autoridad de Regulación y Control de Servicios
 Alfonso J. Aruquipa Ma
 Autoridad de Regulación y Control de Servicios
 Giovanna Y...
 Autoridad de Regulación y Control de Servicios
 Verónica Espinosa Bustillos Patón
 Autoridad de Regulación y Control de Servicios
 ...
 Autoridad de Regulación y Control de Servicios
 Javier Teddy Gutiérrez Verastegui

16. CERTIFICACIÓN DE PERIODOS DE SEGURO, DE COTIZACIÓN O DE EMPLEO CUMPLIDOS BAJO LA LEGISLACIÓN DE LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL ESTADO PARTE DESTINATARIO. PAIS
 CERTIFICAÇÃO DE PERÍODOS DE SEGURO, DE COTRIBUIÇÃO OU DE EMPREGO EFETUADOS AO ABRIGO DA LEGISLAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO ESTADO PARTE DESTINATÁRIO. PAIS

16.1 Períodos de seguro, cotización o empleo/Periodo de seguro, de contribuição ou de emprego		Régimen de contribución o actividad/Regime de contribuição ou atividade	Periodo voluntario, obligatorio, asimilado/Periodo voluntário, obrigatório, assimilado	Observaciones/Observações
Desde/Inicio	Hasta/Até			
<div style="position: absolute; left: 0; top: 0; width: 100%; height: 100%; border: 1px dashed black;"> <!-- Stamps on the left side --> <div style="position: absolute; top: 10%; left: 10%;">  </div> <div style="position: absolute; top: 25%; left: 10%;">  </div> <div style="position: absolute; top: 40%; left: 10%;">  </div> <div style="position: absolute; top: 55%; left: 10%;">  </div> <div style="position: absolute; top: 70%; left: 10%;">  </div> </div>				
<p>TOTAL COTIZADOS: Años/Ano Meses/Mês Días/Día</p>				

16.2 No tiene periodos de seguro computables para totalización/Não tem períodos de seguros computativos para a totalização

16.3 La persona asegurada que acredite un periodo de seguro inferior a un año/
 Pessoa segura que acredita um periodo de seguro inferior a um ano

podrá beneficiarse/você pode beneficiar no podrá beneficiarse/você não pode beneficiar

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 14 del Convenio)/
 de pensão na legislação nacional (artigo 14 do Acordo de Convenção)

Sello/Carimbo



Fecha/Data / /
 Firma/Assinatura

**17. PRESTACIONES A CARGO DE LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL ESTADO PARTE DESTINATARIO/
PRESTAÇÕES A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO ESTADO PARTE DESTINATARIO**

17.1

Por totalización/*Por totalização*

Sin totalización/*Sem totalização*

En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta/
Em caso de liquidação por totalização, número total de dias tomados em em consideração

Coefficiente prorratea/*Coeficiente proporcional*

17.2 Tipo de prestación reconocida/
Tipo da prestação reconhecido

17.3 Cuantía mensual/
Montante mensal

17.4 Moneda/
Moeda

17.5 N° de pagas anuales/
N° de pagamentos anuais

17.6 Fecha de inicio/
Data de inicio

..... / /

17.7 Sin derecho a prestación por el siguiente motivo/*Sem direito à prestação pelo motivo seguinte*

ORGANISMO DE ENLACE O INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL ESTADO PARTE DESTINATARIO
ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO ESTADO PARTE DESTINATARIO

Denominación /
Denominação

Dirección /
Endereço

Localidad /
Localidade

País /
País

Teléfono /
Telefone

Correo electrónico /
E-mail

Fecha/Data

Firma/Assinatura

Sello/Carimbo



240230216

INSTRUCCIONES / INSTRUÇÕES

- (1) Para Bolivia y Chile, apellido de casada cuando corresponda/
Para o Bolivia e Chile, sobrenome de casada, se aplicável
- (2) Para Bolivia, Chile y España indicar apellido paterno y materno/
Para Bolivia, Chile e Espanha, sobrenome do pai e da mãe
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar/
Para o Chile e Uruguay, não completar
Para Brasil, se debe informar del Número de identificación del trabajador/NIT/
Para o Brasil deverá ser informado nesse campo o Número de identificação do trabalhador – NIT
- (4) Para Brasil, se debe informar en este campo el número de registro de persona física-CPF y del Documento de identidad. En el Documento de identidad informar número, fecha de expedición, organismo emisor y Estado/
Para o Brasil, o número de registo da pessoa singular-CPF e do Documento de identidade deve ser introduzido neste campo. No Cartão de identidade, fornecer o número, a data de emissão, o organismo emissor e o Estado
Para Bolivia, informar número de identificación, n° de afiliación, dirección en Bolivia y número de cédula de identidad/
Para a Bolívia, fornecer número de identificação, número de filiação, endereço na Bolívia e número do bilhete de identidade
Para Chile, informar el número de la cédula de identidad chilena o RUT del trabajador/
Para o Chile informe o número do bilhete de identidade chileno ou Rut ou RUN do trabalhador
Para Ecuador, informar el número de cédula de ciudadanía/
Para o Equador, informe o número do cartão de cidadania
Para Argentina, informar de la fecha de ingreso al país y de los documentos identificativos/
Para a Argentina, fornecer a data de entrada e os documentos de identificação
Para Paraguay informar del número de cédula de identidad/
Para o Paraguai informar o número do bilhete de identidade
Para Uruguay informar del número de cédula de identidad/
Para o Uruguai, informar o número do bilhete de identidade
Para el Salvador informar del número único de identidad/
Para El Salvador, informar o número de identidade único
- (5) Necesaria su cumplimentación para España, Portugal y Uruguay/
A conclusão é necessária para Espanha, Portugal e Uruguai
- (6) Aportar informaciones complementarias que puedan facilitar la tramitación (dirección del país de origen, otros documentos de identidad o afiliación) /
Fornecer informações adicionais que possam facilitar o processamento (endereço no país de origem, outros documentos de identidade ou filiação)
Para Brasil, debe rellenarse el anexo/
Para o Brasil, por favor preencha o anexo
- (7) Acompañar todos los datos y documentos que se tengan de interés, incluyendo domicilios de las empresas si se conocen/
Acompanhar todos os dados e documentos de interesse, incluindo endereços compahia se conhecido
- (8) Para Brasil debe adjuntarse los documentos que acrediten la unión estable/
Para o Brasil, a prova de união estável deve ser anexada
Para Bolivia, informar número de identificación, n° de afiliación y dirección de Bolivia.
Para Bolívia, informar o número de identificação, n° inscrição e endereço na Bolívia
- (9) Para Brasil, en el apartado "otras informaciones" se debe informar del número de registro de personas físicas-CPF/
Para Brasil, no "outras informações"deberá ser informado também o números do cadastro de pessoas físicas-CPF
Para Bolivia, informar número de identificación, n° de afiliación y dirección de Bolivia.
Para Bolívia, informar o número de identificação, n° inscrição e endereço na Bolívia
- (10) Cumplimentar en caso de que el hijo resida en un domicilio diferente/
Preencha se a filho reside em um endereço diferente
- (11) Adjuntar documento de apoderamiento/
Anexar documento de procuração
- (12) Para Brasil, sólo se puede pagar por transferencia bancaria/
Para o Brasil, o pagamento só pode ser feito por transferência bancária



**SOLICITUD DE PRESTACIONES DEL CONVENIO MULTILATERAL
IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
PEDIDO DE PRESTAÇÕES AO ABRIGO DA CONVENÇÃO
MULTILATERAL IBEROAMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL**

Por la presente solicito toda prestación que se me pudiera abonar conforme a lo previsto en el artículo 13 del Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, de 11 de septiembre de 2009, que regula el derecho a las prestaciones.

Solicito todas as prestações que me possam ser devidas em conformidade com as disposições do Artigo 13 do Acordo sobre Aplicação do Acordo Multilateral Ibero-Americano de Segurança Social de 11 de Setembro de 2009, que regula o direito às prestações.

Jubilación/*Velhice* Incapacidad/*Invalidez* Supervivencia/*Pensão por morte*

Apellidos y nombre del causante /
Apelido e nome próprio do falecido

Documento identificativo del causante /
Documento de identificação da pessoa falecida

Apellidos y nombre del solicitante /
Apelido e nome próprio do candidato

Documento identificativo del país en que se presenta la solicitud /
Documento de identidade do país em que o pedido está a ser apresentado

Dirección /
Direcção

Firma /
Assinatura

Fecha /
Data

País o países por el que se solicita la pensión /
País ou países para os quais a pensão é solicitada



EL SOLICITANTE

CERTIFICA que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos, completos y de su conocimiento /
CERTIFICA que os datos contidos desta solicitação são verdadeiros, completos e de seu conhecimento

AUTORIZA a la Institución Competente u Organismo de Enlace del Estado donde presenta la solicitud a proporcionar a las Instituciones Competentes de los Estados donde alega períodos de seguro toda la información y los documentos relacionados con esta solicitud /

AUTORIZA o Instituição Competente ou Organismo de Ligação do Estado a que se apresenta a solicitação a fornecer às Instituições Competentes dos Estados onde alega períodos de seguro todas as informações e documentos que se relacionam a esta solicitação

DECLARA conocer su obligación de comunicar inmediatamente a la Institución Competente u Organismo de Enlace cualquier variación de su situación personal o familiar (fallecimiento o emancipación de las personas dependientes) que tenga efectos sobre la pensión reconocida, aportando la documentación que corresponda. En caso de incumplimiento podría incurrir en infracción sancionable y en la obligación de reintegrar las cantidades percibidas indebidamente, de acuerdo con la legislación del Estado competente/

DECLARA a sua obrigação de informar imediatamente a Instituição Competente ou Organismo de Ligação qualquer alteração da sua situação pessoal ou familiar (morte ou emancipação de dependentes) reconheceram efeitos a bordo, fornecendo a documentação apropriada. O não cumprimento poderá incorrer em crime punível ea obrigação de reembolsar montantes devidos, de acordo com a legislação do Estado competente.

Firma del solicitante / Assinatura do solicitante

IBERO-FIRMA V3

Control de Fianza y Control de Reservas
 María Esther López

Control de Fianza y Control de Reservas
 Americo M. Macicado Yera

Control de Fianza y Control de Reservas
 Alfonso J. Arzuquiza Juna

Control de Fianza y Control de Reservas
 Giovanni

Control de Fianza y Control de Reservas
 Javier Teddy Gutierrez Verastegui

Control de Fianza y Control de Reservas
 Verónica Esperanza Buitillos Patón

Control de Fianza y Control de Reservas
 Nicole Doris Condori Mendocza