



DEPARTAMENTO DE CARTERA

***GUÍA DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA PARA EL
PERSONAL MILITAR DEL SERVICIO ACTIVO***



PÚBLICO

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR

ÍNDICE

I. FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA.....	2
II. ÚLTIMA BOLETA DE PAGO ORIGINAL.....	3
A. BOLETA DE PAGO ORIGINAL.....	3
B. FOTOCOPIA SIMPLE DE LA BOLETA DE PAGO.....	3
III. CARNET MILITAR VIGENTE EN EL GRADO ACTUAL,.....	4
IV. CÉDULA DE IDENTIDAD VIGENTE.....	5
V. CONTRATO DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA.....	6
VI. PÓLIZA DE DESGRAVAMEN.....	7
VII. ESTADO DE CUENTA DE CONVENIO FUNCIONARIO PÚBLICO DEL BANCO UNIÓN.....	8
A. ESTADO DE CUENTA QUE OTORGA BANCO UNION.....	8
B. EXTRACTO DE MOVIMIENTOS IMPRESOS POR UNINET.....	9

BOLETA	FECHA MAXIMA DE PRESENTACION
ENERO	20 MARZO
FEBRERO	20 ABRIL
MARZO	20 MAYO
ABRIL	20 JUNIO
MAYO	20 JULIO
JUNIO	20 AGOSTO
JULIO	20 SEPTIEMBRE
AGOSTO	20 OCTUBRE
SEPTIEMBRE	20 NOVIEMBRE
OCTUBRE	20 DICIEMBRE

NOTA: EN CASO DE QUE LA FECHA DE PRESENTACIÓN NO SEA UN DÍA HABIL LABORAL SE DEBE PRESENTAR CON ANTERIORIDAD, EL DÍA LABORAL MÁS CERCAÑO

PÚBLICO

1-9



PÚBLICO

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR

- I. **FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA**, tres (3) ejemplares (llenados y firmados con bolígrafo azul, por el solicitante).

SOLICITUD

Lugar y Fecha: _____, de _____ del 2020

Objeto: SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA
PARA PERSONAL MILITAR DEL SERVICIO ACTIVO.

GRADO	AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES
-------	-------------	-------------	---------

Sr.: CN. DAEN. Luis Humberto Ramallo León
GERENTE DE SEGUROS "COSSMIL"
Presente.-
Señor Capitán:
Mediante la presente, solicito se considere la documentación adjunta para préstamo de cartera.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

AÑO DE EGRESO	FUERZA	DESTINO ACTUAL	TELÉFONO CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO (titular)			
DOMICILIO DE LA CEDULA DE IDENTIDAD (titular)			
MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
NOMBRE DE REFERENCIA	PARENTESCO	TELÉFONO DE REFERENCIA	

RESIDENCIA ACTUAL

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
ZONA, AVENIDA, CALLE, PASAJE		NRO.

INFORMACIÓN DEL PRÉSTAMO

NUEVO	CANTIDAD SOLICITADA	PLAZO
	\$US.	MESES

¿TIENE ALGUN PROCESO, SUMARIO O CARGO DE CTA. PENDIENTE? SI NO

¿Dónde?

Declaro que todos los datos consignados en la presente solicitud son reales constituyéndose en declaración jurada, sometendome en caso de falsedad a sanciones de Ley.

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.I.

La fecha de la solicitud debe ser el mismo día que presente la solicitud de préstamo.

Datos: de la persona de referencia

Llenar: todos los espacios del formulario sin excepción del solicitante

Llenar: el monto solicitado en numeral.

La firma y número de C.I. plasmados en el formulario deben coincidir con el documento de identidad del solicitante.

No son válidas las firmas escaneadas y fotocopiadas.

NOTA:

1. Pasar por ventanilla para realizar la calificación, antes de llenar la "cantidad solicitada" que se encuentra en la solicitud.
2. Toda la documentación debe ser presentada en un folder rojo con fástener.

PÚBLICO

2-9



PÚBLICO

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR

II. ÚLTIMA BOLETA DE PAGO ORIGINAL y una (1) fotocopia simple legible, ambas firmadas con bolígrafo azul.

A. BOLETA DE PAGO ORIGINAL

Fuerza / Org: **EJERCITO**
32509007913

Destino: **CMDO.8VA.DIV.**
Cod Ent: 0020 DAd / UEs: 01/001

Ent Gestora: **COSSMIL**
Fac. Nac: 21/10/1972
Saldo Iva: 36,749

La Gestora

MINISTERIO DE DEFENSA
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
N° Boleta: 30064002509000016
Doc. Respaldo: 002112
Año/Mes. Dev: 2025/09

Modo Pago: Nro. Cta. [REDACTED]

Concepto de Pago: **HABERES POR EL MES DE SEPTIEMBRE - 2025**

CODIGO	GRADO / ARMA	NOMBRES	CARNET	NIA / CUIA
[REDACTED]	TCNL. ING.	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

DETALLE	INGRESOS	IMPORTE Bs.	CONCEPTO	MONTO Bs.	DESCUENTOS	ACREEDOR	MONTO Bs.
Salarios	15,481.40	1,548.14	AFP.RV.10%	264.73	APORTE REG.ESP.COSSMIL	1,648.77	
		77.41	AFP.PC.1.71%	77.41	APORTE-MUGEBUCH 3.45%	534.11	
		28.54	AFP.CM.0.5%	77.41	COSSMIL-CARTERA	5,514.54	
			AP.SOL.ASE.0.5%		COE - APORTES	50.00	
			AP.NAL.SOL.16%	28.54	PRESTAMOS-MUGEBUCH	2,808.29	
Total Ganado	15,481.40	Desctos. de Ley	1,996.23	Otros Descuentos	10,555.7		
Dias Trabajados: 30	Matrícula: 69111BMW M			LIQUIDO PAGABLE	2,929.46		

Verificar que los datos de la boleta de pago sean los que corresponden al solicitante.

Firmar dentro de la boleta, con bolígrafo azul.

No son válidas las firmas escaneadas y fotocopiadas.

B. FOTOCOPIA SIMPLE DE LA BOLETA DE PAGO

Fuerza / Org: **EJERCITO**
32509007913

Destino: **CMDO.8VA.DIV.**
Cod Ent: 0020 DAd / UEs: 01/001

Ent Gestora: **COSSMIL**
Fac. Nac: 21/10/1972
Saldo Iva: 36,749

La Gestora

MINISTERIO DE DEFENSA
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
N° Boleta: 30064002509000016
Doc. Respaldo: 002112
Año/Mes. Dev: 2025/09

Modo Pago: Nro. Cta. [REDACTED]

Concepto de Pago: **HABERES POR EL MES DE SEPTIEMBRE - 2025**

CODIGO	GRADO / ARMA	NOMBRES	CARNET	NIA / CUIA
[REDACTED]	TCNL. ING.	[REDACTED]	42	100170006

DETALLE	INGRESOS	IMPORTE Bs.	CONCEPTO	MONTO Bs.	DESCUENTOS	ACREEDOR	MONTO Bs.
Salarios	15,481.40	1,548.14	AFP.RV.10%	264.73	APORTE REG.ESP.COSSMIL	1,648.77	
		77.41	AFP.PC.1.71%	77.41	APORTE-MUGEBUCH 3.45%	534.11	
		28.54	AFP.CM.0.5%	77.41	COSSMIL-CARTERA	5,514.54	
			AP.SOL.ASE.0.5%		COE - APORTES	50.00	
			AP.NAL.SOL.16%	28.54	PRESTAMOS-MUGEBUCH	2,808.29	
Total Ganado	15,481.40	Desctos. de Ley	1,996.23	Otros Descuentos	10,555.71		
Dias Trabajados: 30	Matrícula: 69111BMW M			LIQUIDO PAGABLE	2,929.46		

Firmar en la copia, con bolígrafo azul.

No son válidas las firmas escaneadas y fotocopiadas.

NOTA: La calificación se realiza con la última boleta de pago y es válida hasta el 20 de cada mes.

PÚBLICO

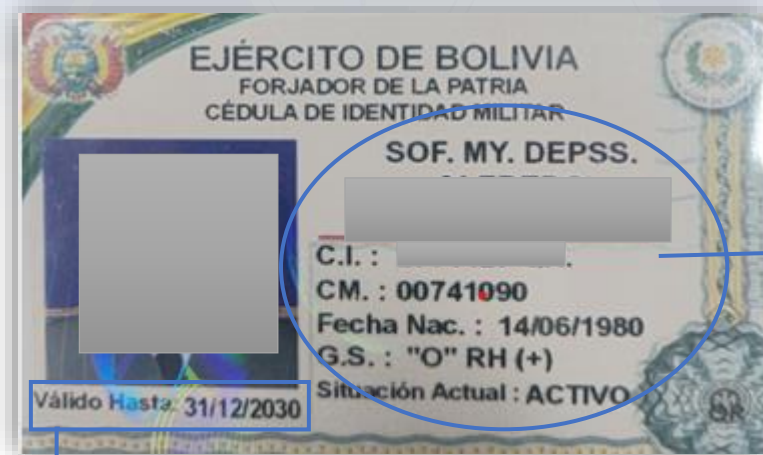
3-9



PÚBLICO

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR

- III. **CARNET MILITAR VIGENTE EN EL GRADO ACTUAL**, dos (2) fotocopias simples legibles anverso y reverso, firmadas con bolígrafo azul.

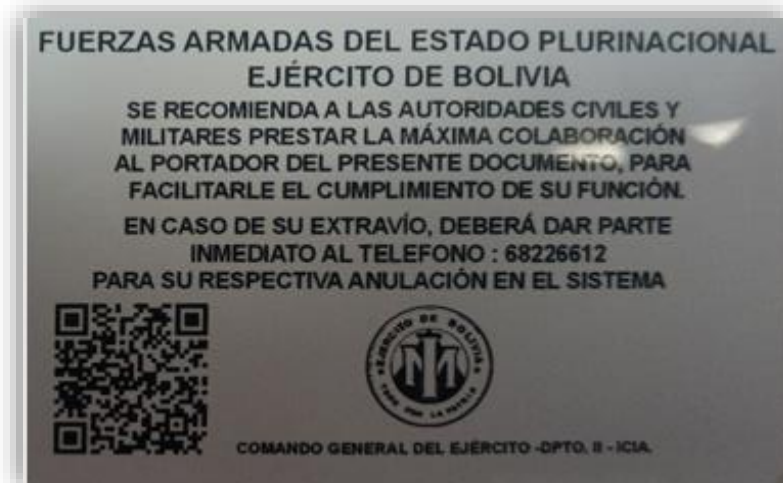


Los datos plasmados en el carnet militar deben coincidir con el documento de identidad del solicitante y debe contar con su grado actual.

Firmar dentro de la fotocopia, con bolígrafo azul.

No son válidas las firmas escaneadas y fotocopiadas.

Verificar que su documento este vigente.



PÚBLICO



PÚBLICO

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR

IV. CÉDULA DE IDENTIDAD VIGENTE, dos (2) fotocopias simples legibles anverso y reverso, firmadas con bolígrafo azul.



Verificar que su documento este vigente.

Firmar dentro de la fotocopia, con bolígrafo azul.



No son válidas las firmas escaneadas y fotocopiadas.

PÚBLICO



PÚBLICO

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR

V. CONTRATO DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA, tres (3) ejemplares impresos anverso y reverso, en papel bond tamaño carta.

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR
GERENCIA DE SEGUROS
DEPARTAMENTO DE CARTERA

CONTRATO DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA PERSONAL MILITAR DEL SERVICIO ACTIVO

Conste por el presente documento privado el **CONTRATO DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA PERSONAL MILITAR DEL SERVICIO ACTIVO**, que legalmente tendrá la eficacia y validez de instrumento público con el solo reconocimiento de firmas y/o rúbricas, de acuerdo al tenor de las siguientes cláusulas:

PRIMERA. (PARTES). Se constituyen en PARTES del presente CONTRATO:

- 1.1. La **CORPORACIÓN DE SEGURO SOCIAL MILITAR (COSSMIL)**, con Número de Identificación Tributaria 101983023, representada legalmente por el Señor Cgo. DAEN, Juan José García Paz, con Cédula de Identidad N° 3480138, expedida en La Paz, en su condición de Gerente General en mérito a la Resolución N° 038/2025, del 16 de Octubre de 2025, emitida por la Junta Superior de Decisiones y el Señor CN. DAEN, Luis Humberto Ramallo León, con Cédula de Identidad N° 3443277, expedida en La Paz, en su condición de Gerente de Seguros, en mérito a la Resolución N° 020/2025, de 11 de Abril de 2025, emitida por la Junta Superior de Decisiones; que en adelante se denominará **ACREEDOR**.
- 1.2. El Sr(a) con Cédula de Identidad N° habilitado por derecho, que en adelante se denominará **DEUDOR**.

El **ACREEDOR** y el **DEUDOR** en su conjunto serán denominados como las **PARTES**.

SEGUNDA. (ANTECEDENTE). Se constituye en antecedente del presente CONTRATO la solicitud de préstamo efectuada por el **DEUDOR**.

TERCERA. (MARCO JURÍDICO). El marco jurídico del presente CONTRATO está constituido por las siguientes normas jurídicas:

- 3.1. Decreto Ley N°11901, de 21 de octubre de 1974, que aprueba la Ley de Seguridad Social Militar.
- 3.2. Decreto Ley N°12780, de 08 de agosto de 1975, Código Civil, elevado a rango de ley mediante la Ley N° 1071, 20 de junio de 2018.
- 3.3. Reglamento de Prestamos del Departamento de Cartera de la Gerencia de Seguros, aprobado por la Junta Superior de Decisiones de COSSMIL, mediante Resolución N°109/2023, de 16 de noviembre de 2023.

CUARTA. (OBJETO). El objeto del presente CONTRATO es otorgar un préstamo de dinero de libre disponibilidad, por la suma de \$US..... (.....) (Dólares de Estados Unidos de América), en favor del **DEUDOR**, el cual será desembolsado en moneda nacional al tipo de cambio fijado por el Banco Central de Bolivia vigente a la fecha.

QUINTA. (PLAZO, TASA DE INTERÉS Y FORMA DE PAGO).

- 5.1. El préstamo otorgado por el **ACREEDOR** al **DEUDOR**, será cancelado en un plazo de meses, computables a partir del desembolso del préstamo.
- 5.2. La tasa de interés corriente acordada para el presente préstamo es del diez por ciento (10%) anual, sobre saldos deudores, conforme al plan de pagos aprobado.
- 5.3. El pago del préstamo será realizado mediante amortizaciones mensuales fijas, constantes y el desgravamen variable.
- 5.4. El **DEUDOR** autoriza expresamente al **ACREEDOR** efectuar los trámites respectivos ante la Dirección de Asuntos Administrativos del Ministerio de Defensa, para que se descuente de sus haberes mensuales las cuotas de amortización o ante COSSMIL para el descuento del saldo adeudado de sus prestaciones complementarias.
- 5.5. El **DEUDOR** se obliga a realizar el seguimiento de los descuentos del préstamo, a efecto de que, si por cualquier circunstancia, no se hubiese efectuado los descuentos señalados en el numeral 5.4., éste haga conocer dicha situación al **ACREEDOR**, realice el depósito directo de esos montos en la cuenta bancaria de Préstamo Haberes dentro de los primeros diez (10) días posteriores a la fecha de amortización, efectúe el canje de la boleta de depósito por el recibo oficial en Tesorería de COSSMIL, y remita una copia del precepto recibo al Departamento de Cartera de la Gerencia de Seguros COSSMIL. En caso de no proceder en la forma mencionada, el **DEUDOR** será pasible al cobro de intereses penales, de acuerdo a lo previsto en la **CLÁUSULA SEPTIMA** del presente CONTRATO.

SEXTA. (GARANTÍA).

- 6.1. El **DEUDOR**, garantiza el préstamo con los haberes que percibe en forma mensual y con sus prestaciones complementarias (Capital Asegurado de Muerte, Capital de Defunción y Capital de Cesantía).
- 6.2. En caso de incumplimiento de las obligaciones adquiridas, el **DEUDOR** autoriza expresamente al **ACREEDOR** a realizar los descuentos respectivos de las prestaciones que le corresponda.

Página 1 de 2

El título del contrato debe coincidir con el préstamo solicitado.

No llenar estos datos del contrato.

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR
GERENCIA DE SEGUROS
DEPARTAMENTO DE CARTERA

SEPTIMA. (MORA Y FUERZA EJECUTIVA).

- 7.1. Al incumplimiento de la segunda cuota mensual consecutiva no pagada, se le recargará el oro punto veinticinco por ciento (0.25%) del Saldo Deudor, en calidad de interés penal adicional al interés corriente de carácter mensual sobre las obligaciones vencidas.
- 7.2. La falta de pago total o parcial de más de dos cuotas mensuales (Capital e Interés) consecutivas, constituirá al **DEUDOR** en mora automáticamente sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial alguno, por el saldo deudor del préstamo; en consecuencia se reputará el **CONTRATO** como incumplido, se considerará la deuda como suma líquida y exigible, y se otorgará calidad de fuerza ejecutiva al presente documento, pudiendo el **ACREEDOR** iniciar las acciones legales correspondientes para exigir el pago total de la suma de dinero adeudada a su favor.
- 7.3. Sin perjuicio de lo establecido en el numeral precedente, para exigir el pago total de la suma de dinero adeudada, el **ACREEDOR** podrá efectuar acciones de cobranza extrajudicial.

OCTAVA. (CONTINGENCIAS). En caso que el **DEUDOR**, pase al servicio pasivo, sea dado de baja por retiro voluntario u obligatorio o en caso de deserción, desaparición, no habido, haya sido declarado ausente o muerto presunto o fallecido que no se encuentre dentro las condiciones de la póliza y mantenga un saldo deudor, autoriza al **ACREEDOR**, a realizar el descuento total del saldo deudor (Capital e intereses que correspondan) de su Capital Asegurado de Muerte, Capital de Defunción, Capital de Cesantía y/o cualquier otra prestación que le corresponda, en cumplimiento al artículo 140 de la Ley de Seguridad Social Militar y normativa conexa.

NOVENA. (DESGRAVAMEN).

- 9.1. El Desgravamen es obligatorio de acuerdo a las condiciones de la Póliza de Desgravamen, a tal efecto, la prima mensual será cancelada por el prestatario en cumplimiento del artículo 138 de la Ley de Seguridad Social Militar.
- 9.2. El **DEUDOR** deberá informar obligatoriamente a sus Derechos habientes sobre el Desgravamen de préstamo y sobre la presentación de requisitos requeridos para su activación en caso de su fallecimiento.

DÉCIMA. (PAGOS EXTRAORDINARIOS). El **DEUDOR** podrá cancelar el saldo de su deuda o realizar amortizaciones extraordinarias, a partir del tercer mes del desembolso.

DÉCIMA PRIMERA (CENTRAL DE RIESGOS). En caso de incumplimiento de los pagos mensuales estipulados en el presente CONTRATO, el **DEUDOR** ingresará en la base de datos del Departamento de Cartera de la GERENCIA DE SEGUROS "COSSMIL", no pudiendo acceder en el futuro a ningún programa de crédito de la Corporación. Mientras continúe el incumplimiento.]

DÉCIMA SEGUNDA. (DOMICILIO). Para efecto de comunicaciones, ejecución extrajudicial, ejecución judicial, citaciones y notificaciones y otros efectos legales se señala como domicilio de las PARTES:

- 12.1. El **ACREEDOR** en la Avenida Camacho N°1324, Edificio COSSMIL, del Municipio de Nuestra Señora de La Paz.
- 12.2. El **DEUDOR** en del Municipio de del Departamento de

DÉCIMA TERCERA. (INCUMPLIMIENTO). El incumplimiento de alguna de las cláusulas enunciadas dará origen a las acciones legales pertinentes.

DÉCIMA CUARTA (CONFORMIDAD). La PARTES descritas en la cláusula primera, señalan su conformidad con todas y cada una de las cláusulas precedentes, firmando el presente documento en tres (3) ejemplares del mismo tenor, en el Municipio de Nuestra Señora de La Paz, a los días del mes de del año dos mil veinticinco.

NOMBRES Y APELLIDOS:
CÉDULA DE IDENTIDAD:

UNIDAD JURÍDICA - GERENCIA DE SEGUROS: GERENTE DE SEGUROS "COSSMIL":

GERENTE GENERAL "COSSMIL":

Página 2 de 2

No llenar estos datos del contrato.

Llenar: la firma y número de C.I. plasmados en el contrato deben coincidir con el documento de identidad del solicitante.

No son válidas las firmas escaneadas y fotocopiadas.

NOTA: Los contratos deben ser impresos anverso y reverso.

PÚBLICO

6-9



CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR

VI. PÓLIZA DE DESGRAVAMEN, Tres (3) ejemplares impresos anverso y reverso, llenados y firmados con bolígrafo azul, por el solicitante.

POLIZA DE COBERTURA DE DESGRAVAMEN CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL

Código Asignado: _____

Estimado asegurado, le invitamos a completar la presente póliza de seguro a reserva y continuación: (Llene todo lo que sigue)

Indicador de cobertura de seguro: Individual Familiar

DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Apellido Escudo: _____

Fecha: _____ C.I.: _____ Edad: _____ Sexo (Mujer/ Hombre): _____

Ocupación: _____ Tel. Celular: _____ Tel. Hogar: _____

DECLARACION DE SALUD (Las respuestas debe marcarlas con una X)

RESPUESTAS	SI	NO
1. ¿Se encuentra Ud. actualmente en buen estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha padecido o padece de cualquier enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene algún defecto físico o congénito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le han detectado algún tumor o efectuado alguna prueba para descartar cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Una sola enfermedad o recomposición alguna operación quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Una aumentado o disminuido considerablemente de peso en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Fuma más de 10 cigarrillos diarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Realiza viajes en algún medio de transporte aéreo no comercial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNO DE LOS PUNTOS DEL 3 AL 8 DETALLAR LOS MISMOS SEÑALANDO ADEMÁS CUÁNDO OCURRIÓ.

DURACIÓN: TRATAMIENTO: FECHA DE DURACIÓN: SECUENCIAS Y OBSERVACIONES U/OTROS:

SIgnatarios

Declaro que las respuestas que he consignado en este individual son verdaderas y completas y que de no serlo consentimiento que cualquier declaración inexacta, omisión o ocultamiento podrá generar todos los beneficios de la cobertura.

FIRMA DEL SOLICITANTE (TITULAR)

Lugar y Fecha: _____

NOTA: La Corporación del Seguro Social Militar se reserva el derecho de solicitar exámenes (médicos) o información adicional.

TIPO DE CRÉDITO: VITALICIO VITALICIO VITALICIO

Sólo aplicar actual ASSEGURADO: _____

Monte actual establecido: _____

Monte actual Acumulado: _____

Plazo del presente crédito: _____

NOMBRE, SELLO Y FIRMA

Llenar el numero de la Matricula de asegurado del carnet de Cossmil, anverso y reverso.

Llenar todos los espacios de la póliza de seguro sin excepción del (titular).

Llenar: domicilio de la cedula de identidad (titular).

Firmar los tres ejemplares, con bolígrafo azul.

No son válidas las firmas escaneadas y fotocopiadas.

No llenar estos datos de la póliza de seguro.

POLIZA DE COBERTURA DE DESGRAVAMEN CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL

Código Asignado: _____

INSTITUCIÓN: CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR "COSSMIL"

RESERVA: _____

RESERVA: _____

POLIZA No: _____

LA CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR CERTIFICA QUE SE ENCUENTRA ASSEGURADO/ADON LAS SIGUIENTES COBERTURAS:

COBERTURAS	CAPITAL ASSEGURADO
Alcance: Reserva por Invalidez (Desde los 23 años hasta los 65 años de ingreso con permanencia hasta los 70 años)	Saldo de reserva
COBERTURAS ADICIONALES: * Pago Anticipo por Invalidez Total y Permanente (Edad hasta 65 años)	De acuerdo a Condición Particular

COBERTURAS ADICIONALES

PAGO ANTERIOR POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

EXCLUSIONES GENERALES

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINISTRO

FORMA DE PAGO: CONVENIO A TRAVÉS DE LA CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR "COSSMIL"

FIRMA DEL ASSEGURADO

GERENCIA DE SEGUROS "COSSMIL"

GERENCIA DE ADMINISTRACION FINANCIERA "COSSMIL"

SECCIÓN DE DESGRAVAMEN "COSSMIL"

Llenar: el nombre completo del solicitante.

Firmar en los tres ejemplares, con bolígrafo azul.

No son válidas las firmas escaneadas y fotocopiadas.



PÚBLICO

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR

VII. ESTADO DE CUENTA DE CONVENIO FUNCIONARIO PÚBLICO DEL BANCO UNIÓN, un (1) Original y una (1) Fotocopia Simple (otorgado por la entidad o impreso de UNINET).

A. ESTADO DE CUENTA QUE OTORGA BANCO UNION

CLIENTE		BANCO UNION	
DIRECCION		El Banco de los Bolivianos	
TELEFONO		CUENTA NO.: 10000012591702	
CASILLA CORREO		OFICINA : LA PAZ	
ENTREGA A : CORREO		AGENCIA : SERVICIOS AL CLIENTE	
CASILLA BANCO :		USUARIO : Mmanani	
ESTADO DE CUENTA DEL 06/06/2022 AL 25/07/2022 EXPRESADO EN BOLIVIANOS			
FECHA	DESCRIPCION DE LA TRANSACCION	Nro.DOCTO.	IMPORTE ITF SALDO
			Saldo Anterior = 3,993.41
10/06/2022	LFE ATM: AG. CRUCE VIACHA 2 LA PAZ	711727	-1,000.00 0.00 2,993.41
17/06/2022	LFE N/D RETIRO CAJERO AUTOMATICO EXTERNO	2828251063	-990.00 0.00 2,003.41
20/06/2022	LFE ATM: AG. CRUCE VIACHA 2 LA PAZ	941311	-1,000.00 0.00 1,003.41
26/06/2022	LFE ATM: AG 6 DE MARZO 270 LA PAZ	130775	-1,000.00 0.00 3.41
30/06/2022	LFE CAPITALIZACION DE INTERESES PREMIO	2841259365	3.20 0.00 6.61
30/06/2022	LFE CAPITALIZACION NORMAL DE INTERESES	2841259332	0.24 0.00 6.85
30/06/2022	LFE RCIVA	2841259344	-0.03 0.00 6.82
30/06/2022	LFE RCIVA	2841259380	-0.42 0.00 6.40
05/07/2022	LFE N/C TRASP. DESDE PAGO DE REMUNERACIONES	1098232	5,288.97 0.00 5,295.37
05/07/2022	LFE N/D RETIRO CAJERO AUTOMATICO EXTERNO	2850210223	-1,290.00 0.00 4,005.37
05/07/2022	LFE CARSEGTD 2883166718 DEL 040722 AL 040822	2850393425	-8.00 0.00 3,997.37
06/07/2022	LFE N/D RETIRO CAJA AHORRO (CA)	14051362	-500.00 0.00 3,497.37
08/07/2022	LFE ATM: AG. CRUCE VIACHA 2 LA PAZ	145145	-1,490.00 0.00 2,007.37
08/07/2022	LFE N/D RETIRO CAJERO AUTOMATICO EXTERNO	2858728722	-1,000.00 0.00 1,007.37
08/07/2022	LFE N/D RETIRO CAJERO AUTOMATICO EXTERNO	2864635434	-500.00 0.00 507.37
SALDO ANTERIOR		TOTAL DEBITOS	TOTAL CREDITOS SALDO ACTUAL
3,993.41		8,778.45	5,292.41 507.37

RESUMEN DE SALDOS AL 25/07/2022	
SALDO FLOTE/TRANSITO	0.00
SALDO CONSULTADO	0.00
SALDO CONGELADO/EMBARGADO	0.00
SALDO SOBREGIRADO	0.00
SALDO DISPONIBLE	507.37
SALDO TOTAL	507.37

IMPORTANTE

Solicitamos comunicar al Banco, cualquier irregularidad respecto al detalle de movimientos, dentro de los diez días de recibido el presente documento; caso contrario se presumirá la exactitud del mismo sin perjuicio a su impugnación posterior en caso de error u omisión.

Los saldos de cuentas que no hubieran tenido movimiento en el lapso de 10 años desde la fecha de la última operación de depósito o retiro realizado, prescriben a favor del Estado y son remitidos al Tesoro General de la Nación.

SI CAMBIÓ DE DIRECCIÓN O NÚMERO DE TELÉFONO, ACTUALICE SUS DATOS EN PLATAFORMA

Revisar:

- Que el nombre del solicitante este igual a su cedula de identidad.
- Que el número de cuenta coincida con la boleta de pago del solicitante.

El estado de cuenta debe contar con el sello y la firma del banco.

PÚBLICO

CORPORACIÓN DEL SEGURO SOCIAL MILITAR

B. EXTRACTO DE MOVIMIENTOS IMPRESOS POR UNINET

Extracto de Movimientos

BANCO UNION S.A.

Cuenta:

Producto: CAJA AHORRO CONVENIO FUNC PUBLICO
MN

Descripción: Desde: 01/07/2022 Hasta: 06/07/2022

Fecha Movimiento	AG	Descripción	Nro Documento	Monto	Saldo
01/07/2022	LPZ	ATM: MULTICINE LA PAZ BO	97507	-300.00	607.34
02/07/2022	LPZ	ATM: AG ISABEL LA CATOLICA 19 LA PAZ B	543850	-100.00	507.34
04/07/2022	LPZ	ATM: AG ISABEL LA C./ BNA LA PAZ BO	785657	-200.00	307.34
05/07/2022	LPZ	N/C TRASP. DESDE PAGO DE REMUNERACIONES	1098242	4,664.11	4,971.45
05/07/2022	LPZ	N/D POR TRASPASO ENTRE BANCOS ACH	2850209260	-100.00	4,871.45
05/07/2022	LPZ	N/D PAGO FACTURA UNINET ENTEL	2850210775	-90.00	4,781.45
05/07/2022	LPZ	N/D POR TRASPASO ENTRE BANCOS ACH	2850431978	-690.00	4,091.45
06/07/2022	LPZ	N/C TRASP. DESDE BAPTISTA DELGADO CORALY	2851047862	500.00	4,591.45
06/07/2022	LPZ	N/D TRASP. A RAMIREZ HUICI RUSSENA YUBIN	2851512310	-200.00	4,391.45
06/07/2022	LPZ	N/D PAGO FACTURAS DELAPAZ VIA UNINET	2851514415	-189.20	4,202.25
Total Créditos:		5,164.11			
Total Débitos:		1,869.20			
Tránsito	Consultado	Congelado	Sobregirado	Disponible	Total
0.00	0.00	0.00	0.00	4,202.25	4,202.25

Firma

Firmar en las fotocopias, con bolígrafo azul.

No son válidas las firmas escaneadas y fotocopiadas.

- Revisar:
- Que el nombre del solicitante este igual a su cedula de identidad.
 - Que el número de cuenta coincida con la boleta de pago del solicitante.