

## MANUAL DE USUARIO – TRAMITES ON LINE

Pensando en su bienestar y seguridad, Futuro de Bolivia S.A. – AFP pone a su disposición el canal electrónico de recepción de solicitudes de trámites a través de nuestra página web para los siguientes trámites:

- Pensión de Vejez-Jubilación
- Pensión por Muerte
- Solicitud de Pago de Compensación de Cotizaciones de Asegurado fallecido

Las solicitudes realizadas a través de este medio deben ser ingresadas por el Asegurado titular o sus Derechohabientes, por lo que en caso de requerir el inicio a través de un apoderado deben apersonarse por la Oficina Regional de la AFP de su ciudad.

Para acceder al servicio, realice los siguientes pasos:

1. Ingrese a la dirección [www.afp-futuro.com](http://www.afp-futuro.com) y acceda a la opción **TRAMITES ON LINE** en la página de inicio.
2. Llene la casilla proporcionando la siguiente información **REGIONAL DE LA AFP** donde va a realizar su trámite.

REGIONAL DE SOLICITUD	Seleccionar
	ACHACACHI
	CARANAVI
	CHUQUISACA
	COCHABAMBA
	COBIJA
	EL ALTO
	LA PAZ
	ORURO
	POTOSI
	RIBERALTA
	SANTA CRUZ
	TARIJA
	TRINIDAD
	VILLA TUNARI

3. Seleccione de las opciones disponibles, el **TIPO DE TRAMITE** a realizar de acuerdo a las siguientes consideraciones:
  - Inicio de Solicitud: En caso que desee realizar el inicio de trámite de pensión.
  - Certificado para No descuento de salud: En caso que reciba una pensión y a la vez continúe trabajando y requiera presentar una solicitud de suspensión de descuento de Salud, para lo cual deberá presentar el Certificado de Afiliación a la Caja de Salud donde se encuentre afiliado.
  - Solicitud para Habilitación de Descuento de Salud: Elija esta opción si dejó de trabajar y ya no tenga atención médica como asegurado activo, para lo cual deberá presentar un Carta de solicitud para que se habilite el descuento correspondiente.
  - Certificado de Estudios: Elija esa opción si desea presentar un Certificado de Estudios para los hijos mayores de 18 años y menores de 25 años.
  - Solicitud cambio Regional de Pago: Elija esta opción si cambia de ciudad de residencia.
  - Habilitación de Pagos (No aplicable a Pagos mediante Abono en Cuenta): Elija esta opción si cuenta con el pago de pensión suspendida por no cobro en las Entidades Financieras autorizadas. La opción no es válida, si es por no presentación de Certificado de Vivencia. Adjunte fotocopia de documento de identidad.

SELECCIONE EL TIPO DE TRAMITE A REALIZAR

TIPO DE TRAMITE	INICIO DE TRAMITE DE PENSION				
<input type="text" value="Seleccionar"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Seleccionar</li> <li>Inicio de Solicitud</li> <li>Certificados para No descuento de Salud</li> <li>Solicitud para Habilitación de descuento para Salud</li> <li>Certificados de Estudios</li> <li>Solicitud para Cambio de Regional de Pago</li> <li>Habilitación de Pagos (No aplicable a Pagos mediante Abono en Cuenta)</li> </ul>	<input type="text" value="Seleccionar"/>				
	<input type="text" value="Documento de Identidad (vivo o fallecido)"/>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DE DOCUMENTO</th> <th>NUA / CUA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	DE DOCUMENTO	NUA / CUA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DE DOCUMENTO	NUA / CUA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

4. Escoja la **PRESTACION A LA QUE QUIERE ACCEDER** de acuerdo al siguiente detalle:

- Solicitud de Pensión de Vejez- Jubilación: En caso de asegurados vivos que deseen realizar el trámite de Jubilación.
- Solicitud de Pensión por Muerte: Para derechohabientes de 1er. y 2do. grado de asegurados fallecidos que tengan aportes realizados en la AFP.
- Solicitud de Pago de Compensación de Cotizaciones de Asegurado fallecido: Seleccione esta opción cuando tenga aportes reconocidos en SENASIR a través del Certificado de Compensación de Cotizaciones, opción habilitada para asegurados fallecidos.
- Solicitud de Gastos Funerarios: Por la que se otorga un pago único, a la persona que acredite haber realizado los gastos de sepelio de un Asegurado(a) menor de 60 años.

TIPO DE TRAMITE	INICIO DE TRAMITE DE PENSION
<input type="text" value="Seleccionar"/>	<input type="text" value="Seleccionar"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Seleccionar</li> <li>Solicitud Pensión de Vejez -Jubilación</li> <li>Solicitud de Pensión por Muerte</li> <li>Solicitud de Pago de Compensación de Cotizaciones de Asegurado fallecido</li> <li>Solicitud de Gastos Funerarios</li> </ul>

5. **INFORMACION DEL ASEGURADO TITULAR (vivo o fallecido):** Registre los datos principales del Asegurado titular, tomando en cuenta lo siguiente:

- Documento de identidad: seleccione entre Carnet de Identidad, Carnet de Extranjero o Pasaporte del Asegurado titular.
- Número de documento: Digite el número del carnet o pasaporte del asegurado titular, favor incluir el alfanumérico si corresponde.
- NUA/CUA: complete la información si conoce el número de CUA del asegurado titular (opcional)
- Primer Apellido: Registre el Apellido Paterno del Asegurado Titular
- Segundo Apellido: Registre el Apellido Materno del Asegurado Titular.
- Apellido de Casada: Complete la información en caso de que el Asegurado sea de sexo femenino.

DATOS ASEGURADO TITULAR

Llenar las casillas con la información del Asegurado afiliado a la AFP, de acuerdo a su Documento de Identidad (vivo o fallecido)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DE DOCUMENTO	NUA / CUA		
<input type="text" value="Cedula de Identidad"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		(* Opcional)		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(* Si corresponde)		

**6. INFORMACION DE CONTACTO DEL SOLICITANTE** Registre la información de contacto del solicitante de acuerdo a lo siguiente:

- Teléfono fijo y Teléfono celular: Digite el número de su teléfono fijo. En caso de no contar con uno, debe registrar obligatoriamente número de teléfono celular.
- Correo Electrónico: Proporcione un correo electrónico de referencia que se encuentre activo.
- Dirección: Complete el formulario con información de la Zona, Calle y Número de domicilio.

**DATOS DE CONTACTO DEL SOLICITANTE**  
 Ingrese la información a objeto de ponernos en contacto y darle seguimiento a su solicitud.

TELEFONO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  

ZONA	CALLE / AVENIDA	NUMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**7. GRUPO FAMILIAR:** Complete la información referida a su grupo familiar de acuerdo a las siguientes consideraciones:

- Cónyuge/Conviviente: Marque la opción si está casado(a) o tiene relación de convivencia. Para acreditar la convivencia, debe adjuntar un Testimonio de Matrimonio de Hecho.
- Cantidad de Hijos: Son considerados junto al cónyuge/conviviente como derechohabientes de 1er grado.  
 Seleccione la cantidad de hijos a declarar. Para considerarlos como derechohabientes de 1er grado deben tener hasta 18 años de edad o 25 años en caso de ser estudiantes. El rango de edad de 18 años a 25 años no aplica en caso de hijos inválidos, por quienes se deberá adjuntar documentación médica que avale la invalidez.  
 Para trámites de Pensión de Vejez -Jubilación y solo en caso de las Aseguradas de sexo femenino, por política de protección de género, favor declarar a todos sus hijos nacidos vivos sin importar la edad que tengan.  
 Para trámites de Pensión por muerte, adjuntar certificado de estudios si los hijos son mayores de 18 años de edad y menores de 25 años.
- Derechohabientes de 2do. grado: En caso de ausencia de Derechohabientes de 1er. grado, puede declarar a Derechohabientes de 2do. Grado que son: los padres y hermanos menores de 18 años.
- Derechohabientes de 3er grado: Son derechohabientes que no pertenecen a 1er. ni 2do. Grado y son libremente declarables por el Asegurado. Solo aplica para los trámites de Vejez – Jubilación.

**GRUPO FAMILIAR**  
Proporcione la información de su grupo familiar o de los Derechohabientes de 2do o 3er grado que serán considerados en su solicitud.

CÓNYUGE / CONVIVIENTE	<input type="checkbox"/>	CANTIDAD DE HIJOS	0
DERECHOHABIENTE 2DO GRADO	0	DERECHOHABIENTE 3ER GRADO	0

8. **INFORMACION DEL TRAMITE DE PENSION Y LOS REQUISITOS DEL MISMO** Adjunte los documentos requeridos para cada trámite escaneados o en fotografía nítida (formato jpg. pdf. o doc.). Puede mandar un solo archivo consolidando todos los documentos o un archivo por cada documento y por cada persona del grupo familiar que declara. En caso de adjuntar varios archivos, haga clic en **AÑADIR ARCHIVO**

En el campo “Descripción” detalle brevemente los documentos que está adjuntando.

**ADJUNTAR DOCUMENTOS**  
Adjunte los documentos de toda la información proporcionada

Descripción de archivo   Ningún archivo seleccionado

9. **INFORMACION DEL ENTE GESTOR DE SALUD (EGS)** Marque la casilla y adjunte el respaldo como ser el Aviso de afiliación al Ente Gestor de Salud – AVC, parte de ingreso o Carnet de Asegurado del último EGS. Dicha documentación debe ser acorde al último empleador durante su vida activa dentro del Sistema Integral de Pensiones.

Para Ente Gestor de Salud

**ADJUNTE DOCUMENTO RESPALDATORIO**

10. **INFORMACION DE LA CUENTA BANCARIA** Marque la opción si desea que su pensión se abone a su cuenta bancaria. Para ello, debe adjuntar una carta de autorización de abono en cuenta que puede ser impresa o manuscrita con la firma o huella digital del Asegurado o Derechohabiente consignando el Banco, Número de Cuenta a la que se realizará el abono. Así mismo, debe adjunta fotocopia del documento de identidad y un Voucher o Extracto Bancario con la información mínima del Banco y del número de la cuenta bancaria registrada a nombre del titular de la pensión o del derechohabiente de la solicitud.

Para Abono en Cuenta

**DECLARE SI ADJUNTA DOCUMENTO RESPALDATORIO VOUCHER O EXTRACTO BANCARIO**  SI  NO

11. Los datos y documentos proporcionados se constituyen en una Declaración Jurada, favor de tickear la casilla con el mensaje:

Tengo a bien declarar bajo juramento, que toda la documentación referida se encuentra en mi poder y posesión, y que la información que refiero es verdadera, real, veraz y correcta y, en ese sentido, estoy consciente y tengo conocimiento de que la falsedad de los datos consignados e información presentada, constituye un delito tipificado en el parágrafo II del Artículo 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.

12. **CONCLUSION** Finalmente, digite los caracteres de la imagen y presione el botón Enviar, con eso la carga de documentación ha finalizado. Nos comunicaremos con usted en el tiempo más breve posible para informarle sobre los resultados de la revisión de su trámite. De existir alguna observación, le recordamos que la misma debe ser solucionada en el plazo de 5 días hábiles de comunicada, a efectos de que la misma no sea anulada.

Escriba los caracteres que visualiza en la siguiente imagen



NOTA.- La AFP podrá verificar la información y documentación adjunta y presentada, y de evidenciar cualquier anomalía, se reserva el derecho de iniciar las acciones legales que se vea por conveniente, además de que dicha situación implicaría la pérdida de los beneficios dentro del Sistema Integral de Pensiones.

**Muchas gracias.**