

Número de planilla:

212658757

Devengue:

09/2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Apellido Paterno: SONCCO	Apellido Materno: CRUZ	Nombres: HECTOR RAUL
CUSPP: 599591HSCCZ6	Documento de Identidad: DNI 42290849	
Dirección:	Localidad:	
Departamento:	Provincia:	Distrito:
Teléfono Fijo:	Teléfono Celular:	E-mail: hectorsoncco@gmail.com

RESUMEN DEL APOORTE AL FONDO

Remuneración:	S/	930.00
Aportes Obligatorios:	S/	93.00

RESUMEN DE RETENCIONES Y RETRIBUCIONES

Prima de Seguro Previsional:	S/	16.18
Comisión:	S/	0.00
Total de Retenciones y Retribuciones:	S/.	16.18

OTROS DATOS

AFP:	INTEGRA
Estado de la Planilla:	PAGADA
Fecha de Presentación:	12/10/2021
Número de Ticket:	2318038325
Fecha de Pago:	12/10/2021
Forma de Pago:	Pagada vía AFPnet ticket.
Banco de Pago:	BBVA CONTINENTAL

Declaro conocer que:

- Para contar con la cobertura del Seguro de Supervivencia, Invalidez y Gastos de Sepelio, se debe cumplir una de las siguientes condiciones:
 - Tener aportes en el SPP correspondientes, como mínimo, a cuatro (4) de los ocho (8) meses calendario anteriores al mes en que ocurrió el siniestro.
 - Que el siniestro haya ocurrido en el periodo comprendido entre: la fecha de incorporación del afiliado al SPP y la fecha en que hayan transcurrido dos meses desde el vencimiento del pago del aporte correspondiente al primer mes de devengue del afiliado en el SPP.
- Para determinar si se cumple alguna de las condiciones para contar con la cobertura del Seguro de Supervivencia, Invalidez y Gastos de Sepelio se consideran únicamente aquellos aportes realizados por el afiliado que cumplan los siguientes requisitos:
 - Que hayan sido pagados antes de la ocurrencia del siniestro.
 - Que hayan sido pagados a más tardar el último día del mes en que venció el plazo de pago.
 - Que correspondan a una remuneración igual o mayor a la Remuneración Mínima Vital vigente a la fecha de pago.
- Para los distintos beneficios del SPP, al calcular la remuneración promedio y la densidad de cotización se tomarán en cuenta únicamente los aportes realizados por el afiliado que cumplan los siguientes requisitos:
 - Que hayan sido pagados a más tardar el último día del mes en que venció el plazo de pago.
 - Que correspondan a una remuneración igual o mayor a la Remuneración Mínima Vital vigente a la fecha de pago.
- Para acreditar el aporte en la cuenta individual del afiliado, la AFP cuenta con un plazo de 30 días hábiles contados a partir de la fecha de pago.
- El presente aporte es realizado por el afiliado y corresponde al subsidio pagado por EsSalud directamente al trabajador por el mes que se declara. Se sujeta a las condiciones y requisitos precedentes, no se le aplican intereses por pago atrasado y para cualquier otro efecto tiene naturaleza de aporte por trabajo dependiente.