

Número de planilla: Devengue:

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Apellido Paterno: OLIVARES	Apellido Materno: RAMOS	Nombres: MARIA AUXILIADORA
CUSPP: 282670MORVO0	Documento de Identidad: DNI 02893003	
Dirección:		Localidad:
Departamento:	Provincia:	Distrito:
Teléfono Fijo:	Teléfono Celular:	E-mail: maria-colportoraor@hotmail.com

RESUMEN DEL APOORTE AL FONDO

Remuneración:	S/	1,025.00
Aportes Obligatorios:	S/	102.50

RESUMEN DE RETENCIONES Y RETRIBUCIONES

Prima de Seguro Previsional:	S/	17.84
Comisión:	S/	1.85
Total de Retenciones y Retribuciones:	S/.	19.69

OTROS DATOS

AFP:	PRIMA
Estado de la Planilla:	PAGADA
Fecha de Presentación:	05/09/2022
Número de Ticket:	5354758555
Fecha de Pago:	05/09/2022
Forma de Pago:	Pagada vía AFPnet ticket.
Banco de Pago:	SCOTIABANK

Declaro conocer que:

1. Para contar con la cobertura del Seguro de Supervivencia, Invalidez y Gastos de Sepelio, se debe cumplir una de las siguientes condiciones:
 - 1.1. 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.
 - 1.2. 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.
2. 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:
 - 2.1 Que hayan sido pagados antes de la ocurrencia del siniestro.
 - 2.2 Que hayan sido pagados a más tardar el último día del mes en que venció el plazo de pago.
 - 2.3 Que correspondan a una remuneración igual o mayor a la Remuneración Mínima Vital vigente a la fecha de pago.
3. 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:
 - 3.1 Que hayan sido pagados a más tardar el último día del mes en que venció el plazo de pago.
 - 3.2 Que correspondan a una remuneración igual o mayor a la Remuneración Mínima Vital vigente a la fecha de pago.
4. 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.
5. 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.