



ASAMBLEA LEGISLATIVA
PLURINACIONAL DE BOLIVIA
CÁMARA DE DIPUTADOS

SOLICITUD DE CERTIFICACIONES

(Uso exclusivo del personal activo)

Fecha de solicitud:

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| | | |

Señor:

Abg. Omar Carlos Mendoza Poma
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
CÁMARA DE DIPUTADOS

Presente.-

De mi consideración:

Mediante la presente solicito a usted tenga a bien emitir la siguiente Certificación:

(Marcar con una X la casilla según el tipo de certificado que requiere)

Certificado de Trabajo. Certificado de Aportes. Certificación para Afiliación.

Asimismo, solicito se tome en cuenta que dicho certificado contenga la siguiente información:

(Marque con una X la casilla según el tipo de certificación que requiere)

Nombre Completo.
 Certificación detallada (cargos y fechas).
 Haber mensual.

Gestiones Desde:

Hasta:

Sin otro particular, Saludo a usted muy atentamente.

Firma:

Nombre completo:

N° Cédula de Identidad:

N° de celular:

- Para toda solicitud de certificaciones, deberá adjuntarse fotocopia de Cédula de Identidad del solicitante y/o formulario de alta (según corresponda).
- Todo Trámite se entregará previa Presentación de Cédula de Identidad del solicitante o Poder Notariado.
- El certificado estará a disposición del solicitante por el lapso de tres meses a partir de su recepción, posteriormente se procederá a su archivo correspondiente.