



Publicación de Asegurados que Actualizaron su Tramo Laboral

ANEXO 2

Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO	RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR O EMPRESA	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Nº DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DEL RETIRO



ANEXO 3

FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE APORTES

LOGO DE LA AFP	Nº de Formulario	123456789
Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
CUA	Nº Documento de Identidad	Teléfono de Contacto

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL ESTADO DE AHORRO PREVISIONAL REFLEJA TODOS MIS PERIODOS TRABAJADOS Y APORTADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL DE LARGO PLAZO

SI

NO

*Marque con una X el caso que corresponda:

SI USTED CONTESTÓ NO, A CONTINUACIÓN DETALLE LOS MESES FALTANTES Y EMPLEADOR CON EL TRABAJADO EN DICHOS MESES

Mes Observado:	NOMBRE DEL EMPLEADOR	
	Mes	Año
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

*En caso de tener más de 10 meses observados, favor adjunte una lista al presente formulario manteniendo el formato del cuadro anterior.

Firma del Asegurado:

Firma y Sello de Recepción de la AFP:

Lugar y Fecha de presentación:

Constancia de recepción del Formulario

Se detallaron _____ meses observados.

Firma y Sello de Recepción de la AFP:

Lugar y Fecha de presentación:

Nº de Formulario:

 123456789