

Anexo 1

LOGO DE LA AFP

No. De Solicitud: _____

**SOLICITUD DE “CERTIFICADO DE
VERIFICACIÓN DE ESTADO DE CUENTA”**

DATOS DEL AFILIADO	
NUA:	Nombres y Apellidos:
No. de documento de Identidad:	Tipo: CI <input type="checkbox"/> RUN <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Teléfono o Celular:	Domicilio:
DATOS DE DERECHOHABIENTE (Solo llenar en caso de presentación por muerte derivada de jubilación)	
Nombres y Apellidos:	Relación de Parentesco: 1° grado <input type="checkbox"/> 2° grado <input type="checkbox"/>
No. de documento de Identidad:	Tipo: CI <input type="checkbox"/> RUN <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Teléfono o Celular:	Domicilio:
DIFERENCIAS U OBSERVACIONES (Solo si Ud. Tiene conocimiento)	
<input type="checkbox"/> Periodos Faltantes, que le fueron descontados y no figuran en el Estado de Cuentas.	
<input type="checkbox"/> Monto pagado de cotización Mensual al 10% del Total Ganado.	
<input type="checkbox"/> Monto de Total Ganado diferente al que el Afiliado percibió en un mes respectivo.	
<input type="checkbox"/> Cotizaciones Adicionales o Depósitos Voluntarios de Beneficios Sociales que no se consigna en el Estado de Cuenta.	
<input type="checkbox"/> Cualquier otra diferencia	



Fecha de llenado de la Solicitud: dd/mm/aaa

Firma de Afiliado/Derechohabiente

Firma del Promotor de la AFP

**SR. SOLICITANTE, EN EL PLAZO DE 11 DÍAS HÁBILES ADMINISTRATIVOS DE
LLENADA Y FIRMADA ESTA SOLICITUD DEBERÁ RETONAR A LA AFP.**



Anexo 2

LOGO DE LA AFP

No. de Boleta: _____

Fecha: dd/mm/aaa

BOLETA DE SEGUIMIENTO DE TRÁMITE DE SOLICITUD DE “CERTIFICADO DE VERIFICACIÓN DE ESTADO DE CUENTA”

Señor Solicitante, debido a:

Traspaso (plazo máximo de 30 días hábiles administrativos a partir de la fecha)

Otro (especificar).....

Detallar los motivos

Su Certificación de Verificación de Estados de Cuenta, no podrá ser emitido a la fecha. Por lo que se le pide retorno a la AFP en el plazo de _____ días hábiles administrativos para la entrega de su Certificación, a partir de la fecha de llenado de esta Boleta.

Firma del Afiliado/Derechohabiente

Firma del Promotor de la AFP

SR. AFILIADO / DERECHOHABIENTE, PARA REALIZAR CUALQUIER RECLAMO O
COMUNICAR EL INCUMPLIMIENTO EN LA FECHA SEÑALADA ANTERIORMENTE, CON
COPIA DE ESTA BOLETA DEBE APERSONARSE A LA SUPERINTENDENCIA DE
PENSIONES, VALORES Y SEGUROS.



Anexo 3

LOGO DE LA AFP

No. de Certificado:

CERTIFICADO DE VERIFICACIÓN DE ESTADO DE CUENTA

Certifica que, Estado de Cuenta emitido en _____
Nombre de la AFP

Fecha dd/ mm /aaaa adjunto, del Afiliado _____ Nombres y Apellidos

Con NUA _____ y número de Documento de Identidad
Número _____ cuenta con información integra, completa,
Número

veraz y libre de errores.

Señor Solicitante se ha encontrado los siguientes aportes relacionados a su solicitud, que requieren ser acreditados una vez finalizado el proceso correspondiente

Nombre o Razón Social del Empleador **Periodo** **Detallar el tipo de mora, si es aporte pagado en proceso de acreditación o recaudación no aclarada**

Llenar solo en caso de existencia de contribuciones en MORA, APORTES PAGADOS (DEPENDIENTES) Y EN PROCESO DE ACREDITACIÓN Y RECAUDACIÓN NO ACLARADA.

Observaciones:

Fecha: dd/ mm/ aaaa _____

Firma

GERENTE GENERAL

Adj. Estado de Cuenta