

ANEXO 1**LOGO DE LA AFP**

Nº de Certificado _____

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE
REQUISITOS**

_____ certifica que:
Nombre de la AFP

Se verificó que el (la) señor (a) _____ con NUA _____ y Número de Documento de
Nombre del Afiliado

Identidad _____, al _____ cumple con los requisitos para acceder a una
Fecha de verificación

Pensión de _____ en el Seguro Social Obligatorio de largo plazo (Pensión con
Prestación a la que accede

Cuenta Individual y/o Compensación de Cotizaciones, el que corresponda).

Cabe aclarar que el Afiliado / Derechohabiente puede optar por la Pensión mencionada anteriormente o por la modalidad de Retiros Mínimos, acogiéndose al inciso _____ del parágrafo _____ del artículo _____ de Resolución Administrativa _____.

Es cuanto puedo Certificar en honor a la verdad.

_____ de _____ de _____

Firma del Representante de la AFP