

ANEXO 1

Publicación de Asegurados que Actualizaron su Tramo Laboral

[illegible]

ANEXO 2

FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE APORTES			
LOGO DE LA AFP	No de Formulada	123456789	I
Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	
CUA	N* 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

Marque con una X el caso que corresponda:

SI

NO

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

Mes Observado:

Mes	Año	NOMBRE DEL EMPLEADOR

En caso de tener mas 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 MESES OBSERVADOS

Se detallaron meses observados.

Firma y Sello de Recepción de la AFP:

Lugar y Fecha de presentación:

N° de Formulario: