

Publicación de Asegurados que Actualizaron su Tramo Laboral

ANEXO 2

N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO	RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR O EMPRESA	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	N° DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DEL RETIRO

ANEXO 3

FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE APORTES		
LOGO DE LA AFP	N° de Formulario	123456789
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		

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:

N° de Formulario:

123456789