## 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

Nombres  CUA  N° Documento de Identitad  Toléfono de Contacto  LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL ESTADO DE AHORRO PREVISIONAL REFLEJA TODOS MIS PERIODOS TRABAJADOS Y APORTADOS A LA SEQURIDAD 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  NOMBRE DEL EMPLEADOR  1 2 3 4 4 5 6 6 7 7 8 8 9 9 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	FORMULARIO DE LOGO DE LA AFP			ormulario	123456789			
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  NOMBRE DEL EMPLEADOR  1 2 3 4 4 5 6 7 8 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:	Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno			
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:  Mes Año  NOMBRE DEL EMPLEADOR  1 2 3 3 4 4 5 6 6 7 7 8 8 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:	CUA		N° Documento de Identidad		Teléfono de Contacto			
*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  NOMBRE DEL EMPLEADOR  NOMBRE DEL EMPLEADOR  1 2 3 4 4 4 5 5 6 6 6 7 7 8 8 9 9 9 9 10	LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL ESTADO DE AHORRO PREVISIONAL REFLEJA TODOS MIS PERIODOS							
Mes Observado:  Mes Año  NOMBRE DEL EMPLEADOR  Mes Año  NOMBRE DEL EMPLEADOR  NOMBRE DEL								
Mes Año  NOMBRE DEL EMPLEADOR  1	SI USTED CONTEST EL TRABAJADO EN I	Ó NO, A CONT DICHOS MESE	INUACIÓN DET S	ALLE LOS MESES	FALTANTES Y EMPLEADOR CON			
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:	Mes Observa		Año	NOM	IBRE DEL EMPLEADOR			
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:	1							
*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:								
*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:								
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:	5							
*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:	6							
*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:	7							
*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:	8							
*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:	9							
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:	En caso de tener más de 10 meses observados, favor adjunte una lista al presente formulario manteniendo							
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:	Firma del Asegurado:							
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:								
Constancia de recepción del Formulario  Se detallaron meses observados.  Firma y Sello de Recepción de la AFP:  Lugar y Fecha de presentación:								
Se detallaron meses observados.  Firma y Sello de Recepción de la AFP:  Lugar y Fecha de presentación:								
Firma y Sello de Recepción de la AFP:  Lugar y Fecha de presentación:								
No. 1. Exemplaria								
No. 1. Farmadada	Lugar y Fecha de presentación:							
	N° de Formulario:		123456789					