

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

ORD. No. P-B

0511

16.ENE 91

ANT.: 1) Su presentación recibida en esta Superintendencia.

2) Resolución de desafiliación No 11931 de fecha 07.12.90.

P.S. 12107

MAT.: Desistimiento de desafiliación.

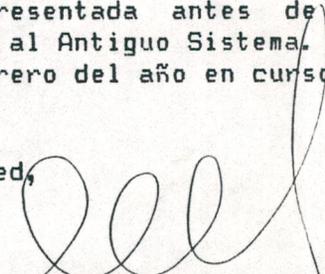
SANTIAGO,

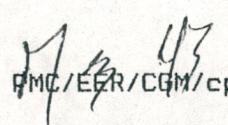
DE : SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

A : SEÑORA DOLORES CASTRO PLAZA

1. Por carta señalada en Ant. 1) usted solicita se deje sin efecto la Resolución que autorizó la desafiliación de este Sistema al Sr. ADRIAN ZAPATA NILIAN.
2. Al respecto, se informa a usted que la solicitud de desistimiento debe ser enviada por escrito a esta Superintendencia por el propio afiliado.
3. Dicha solicitud debe ser presentada antes de que los fondos previsionales sean traspasados al Antiguo Sistema. En este caso esta fecha corresponde al 26 de febrero del año en curso.

Saluda atentamente a usted,


JULIO BUSTAMANTE JERALDO
SUPERINTENDENTE DE A.F.P.


PMC/EEB/CGM/cps.

Distribución:

- Sra. Dolores Castro Plaza
Pedro Aguirre Cerda No 8045, Pob. Nueva San Ramón
- Archivo División Prestaciones y Seguros
- Archivo Unidad Análisis de Beneficios
- Oficina de Partes y Archivo

Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones

28217

DOLONES CASTRO P.

DE:

A:

Beneficio ✓

Fecha:

17 DIC. 1990

Antonia Pizarro

17 DIC. 1990
JMM

028217

17 816.80 - 70

RECIBIDO 26/12/90 P.S.

Superintendente de Administradora de fondo de Pensiones 12104
Julio Bustamante

Solicito de Ud. la ayuda para Adrian Zapata Milian a la Exral el comunico que lo querian desafiliarlo, pero el fue a la O.F.P. Provinda y se recitio a ser desafiliado, y le siguieron su jubilacion por vejes, el ahora este momento tiene Retiro Programado que la O.F.P. Provinda, ya que tiene derecho Garantia Estado, yo quiero pedirle a Ud. que se puede hacer ya que llezo la Resolucion 11931 del 7-12-90, se le pidio al Superintente de Seguridad Social, si se podia hacer algo, para que le diera el Bono de Reconocimiento, ya que en la O.F.P. Provinda dijo si se le pide a la I.N.P. podian mandar los papeles o sea el Bono de Reconocimiento el hizo reclamo del Bono, favor julio le pido por favor que ayude Ud. a esta persona ya que el esta pagandose desde dia 24 Agosto

permisión misisima y esta agradece-
do, ya que estaba muy mal
no tenia trabajo y se osidento eximen-
do trabajo, se corto el dedo grande del
y tuve que ir a la posta del Barro.
Duro, yo lo acompaño, el quiere
seguir en la S.F.P. Provída paganda
se, ya que se traslado a la Gran
Atrevida paradero 18, pero la solicitud
esta en Argentina cerca de San
Martin, ojala no siga la desefila-
cion ya que esta acostumbrado
a pagarse, y el esta enfermo de la
pierna, para seguir Batallando
otra vez por lo quisimo por dero le
pide que por favor se le ayude por
favor, yo le doy la gracia por todo
lo que Udi hace por las persona
que tienen problema, yo le mando
la fotocopia del Pago Programado,
asi por favor contesteme a la
direccion Pedro Aguirre Cerda N° 045
Comuna de S. Praxedor Polacion
Aurea S. Praxedor, el Run 2783.75.00
este edentidad es de Adriana Zapata
Midiar, por favor contestele a el para
que este tranquilo ya que tiene 66 años
y es muy curioso, asi creo que Udi puede hacer algo
por el gracia y que Dios bendiga Dextro

ESTIMACION PENSION RETIRO PROGRAMADO

FECHA : 20/

1.- NOMBRE DEL CAUSANTE :	ZAPATA NILIAN ADRIAN		
2.- SALDO CUENTA INDIVIDUAL AL 28 DE JUNIO DE 1990		132,45	CUOTAS
3.- VALOR DE CUOTA (AL ULTIMO DIA MES ANTERIOR AL DEVENGAMIENTO DE LA PENSION)		1.480,20	PESOS
4.- VALOR DE U.F. (AL ULTIMO DIA MES ANTERIOR AL DEVENGAMIENTO DE LA PENSION)		6.035,31	PESOS
5.- CAPITAL NECESARIO UNITARIO DEL GRUPO FAMILIAR		10,56	
6.- MONTO ESTIMADO RETIRO MENSUAL PRIMER AÑO		,25	

**** SOLO DEBE SELECCIONAR RETIRO PROGRAMADO ****

A. F. P. PROVIDA S. A.
 SUBGERENCIA BENEFICIOS
 DEPTO. DE PENSIONES
 DE VEJEZ

 FIRMA Y TIMBRE DE ADMINISTRACION

7.- SALDO MINIMO REQUERIDO PARA OPTAR POR EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICION (DEBE ACREDITAR LAS RENUNERACIONES DE LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS).

- EL CAPITAL NECESARIO UNITARIO, FUE DETERMINADO CON LA TASA DE INTERES EQUIVALENTE A 4,70 % ANUAL.
- SI EL MONTO CALCULADO EN EL PUNTO 6.- ES MENOR QUE LA PENSION MINIMA VIGENTE, USTED PODRA OPTAR, POR ESCRITO, PARA QUE SE LE AJUSTE SU PENSION A DICHO VALOR. EN ESTE CASO, EL SALDO DE SU CUENTA INDIVIDUAL ALCANZARA APROXIMADAMENTE PARA PAGAR AÑOS DE PENSION MINIMA. UNA VEZ AGOTADO DICHO SALDO, Y SI SE CUMPLEN LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA LEY, EL ESTADO FINANCIARA LAS PENSIONES MINIMAS GARANTIZADAS.

EXP. 3/9008/01610
 AGENCIA 700
 SECUENCIA 247

CERTIFICADO DE SALDO Y ESTIMACION RENTA TEMPORAL POR UNIDAD DE SALDO

1 - NOMBRE DEL CAUSANTE : ZAPATA NILIAN ADRIAN

FECHA 20/11/90

2 - SALDO CUENTA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL

6 - MONTO ESTIMADO RENTA TEMPORAL MENSUAL POR UNIDAD DE SALDO

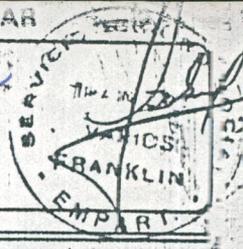
	CUOTAS	PESOS	U. FOMENTO	PERIODO	U. DE FOM
2.1- CAPITAL ACUMULADO AL 23 DE JUNIO DE 1990	132,45	196.052,49	32,48	1	0,08
2.2- BONO DE RECONOCIMIENTO				2	0,04
2.3- APORTE ADICIONAL				3	0,02
2.4- TRASPASO CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO				4	0,02
				5	0,01
				6	0,01
				7	0,01
				8	0,01
TOTAL	132,45	196.052,49	32,48	9	0,01
				10	0,01
3 - VALOR CUOTA AL 23 DE JUNIO DE 1990 (ULTIMO DIA MES ANTERIOR AL DEVENGAMIENTO PENSION)				11	0,00
4 - VALOR U. DE FOMENTO AL 23 DE JUNIO DE 1990 (ULTIMO DIA MES ANTERIOR AL DEVENGAMIENTO PENSION)				12	0,00
5 - RENTA VITALICIA MINIMA PARA OPTAR A EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICION				13	0,00
NOTAS				14	0,00
(1) PARA DETERMINAR EL MONTO DE LA PENSION MENSUAL SE DEBERA MULTIPLICAR LA RENTA TEMPORAL MENSUAL POR UNIDAD DE SALDO, POR EL SALDO QUE QUEDARE EN LA CUENTA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL DESPUES DE TRASPASADOS LOS FONDOS NECESARIOS PARA EL PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO DE RENTA VITALICIA DIFERIDA.			(3)	15	0,00
(2) LA RENTA TEMPORAL FUE DETERMINADA CON LA TASA DE INTERES VIGENTE EQUIVALENTE AL 4,60% ANUAL			U. FOMENTO	16	0,00
(3) SI DESEA ESTA INFORMACION, DEBERA CONCURRIR A LA ADMINISTRADORA A FIN DE ACREDITAR REMUNERACIONES ULTIMOS DIEZ AÑOS.				17	0,00
				18	0,00
				19	0,00
				20	0,00
				21	0,00
				22	0,00
				23	0,00
				24	0,00
				25	0,00
				26	0,00
				27	0,00
				28	0,00
				29	0,00
				30	0,00

A. F. P. PROVIDA S.A.
SUBDIRECCION BENEFICIOS
DEPTO. DE PENSIONES
DE VENEZ.

FIRMA Y TIMBRE AFP PROVIDA S.A.

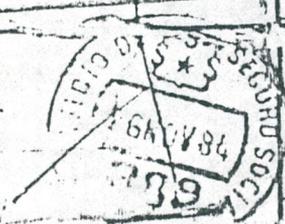
EXP : 3 /9008/01610 AGENCIA: 700 SECUENCIA: 247

Zapata Nival Adriana
Inscripción 99292153



DATOS INSCRIPCIÓN		LIBRETA EMITIDA POR	
Agencia:		Agencia:	H. J. Franklin
Nº Póliza:	5560	Trámite:	44-63
Año Inscrición: 24		IMPOSICIONES ULTIMOS SEIS MESES	
Cédula Identidad: 2.783.753-0		Mes y Año	Salarios
Gabinete		Cuota Nº 7 - 11/83	
CANJE CARTOLA ANTERIOR		o la cuota Nº 9	
Nº Trámite		291x-83-28x83	
Nº Hoja			

DATOS		REPRENDACION	SALARIOS
Cód. Agencia		1	
RUT Emp.	D.L. 603 Cesantía Cuota No		
Folio	29-10-27-11-83		
Mes y Año	Periodo		
Mes Compens.			
Cód. Agencia		2	
RUT Emp.			
Folio	28-11-27-12-83		
Mes y Año			
Cód. Agencia		3	
RUT Emp.	D.L. 603 Cesantía Cuota No		
Folio	28-12-25-1-84		
Mes y Año	Periodo		
Mes Compens.			
Cód. Agencia		4	
RUT Emp.	4.388.443-3		
Folio			
Mes y Año	COPIA		
Cód. Agencia		5	
RUT Emp.	4388443-31		
Folio			
Mes y Año	11/84		
Mes Compens.			
Cód. Agencia		6	
RUT Emp.	4.388.443-3		
Folio			
Mes y Año	DICIEMBRE-84		
Mes Compens.			



RECIBIDO
AFP PROVIDA S.A.
AGENCIA

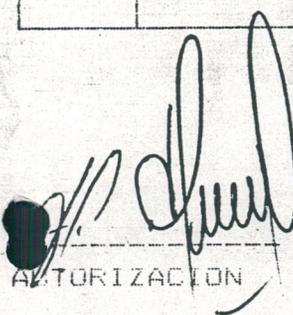


N° LIQUID: 1.874.-

LIQUIDACION MANUAL DE PENSIONES D.L. 3.500

AGENCIA	: MATRIZ	FECHA DE PAGO:	24.08.90
PAGUESE A	: ZAPATA NILIAN ADRIAN	TIPO PENSION:	VEJEZ
CAUSANTE	: ZAPATA NILIAN ZDRIAN	NUM PENSION	: 509.613
RUT BENEF	: 2.783.753-0	NUM CHEQUE	: 7791362
PER. PAGO	: 27.07.90 a 31.08.90	MES PROCESO	: 08/90
CAUS. LIQ	: ANTICIPO PENSION		

ITEM	BENEFICIARIO	PENSION BRUTA	GTIA EST.	ASIG FAM	DESC. SALUD		LIQUIDO
		24.244			1.697		22.547
		24.244			1.697		22.547


AUTORIZACION

RUT APODERADO

FIRMA

TIMBRE

190/90 11/7

ORD. N°: (D) 30.NOV.1990 001033

ANT. : OFICIO N° INP.22811(69-26331) DE 21 DE NOVIEMBRE DE 1990, DEL INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL(EX-SERVICIO DE SEGURO SOCIAL).

MAT. : Informa favorablemente solicitud de desafiliación.

FTES. : Ley N°18.225, arts.1° letra b) y 2°.

ADJI

CUENTA 72117052-7

APATA NILIAN ADRIAN

ARTES DENTES Seguridad Social

DE : SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

A : SR. SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

Esta Superintendencia informa a Ud. que, habiéndose tenido presente lo dispuesto en los artículos 1° letra b) y 2° de la Ley N°18.225; los antecedentes consignados por la A.F.P. PROVIDA en la respectiva solicitud; los documentos acompañados; los certificados pertinentes y el Oficio de la suma, el (la) interesado(a) don(a) ADRIAN ZAPATA NILIAN

no tiene derecho a Bono de Reconocimiento, pues si bien tuvo la calidad de imponente de una institución previsional del Antiguo Sistema, no registra en él imposiciones suficientes en los períodos que se consideran para su cálculo de conformidad con el artículo 4° transitorio del D.L.N°3.500, de 1980, por lo que corresponde:

- 1° Que se dé lugar a su solicitud de desafiliación del Nuevo Sistema de Pensiones.
- 2° Que las cotizaciones que efectuó en la A.F.P. respectiva sean traspasadas al INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL(EX-SERVICIO DE SEGURO SOCIAL)

Saluda atentamente a Ud.,

POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE.

MAB.

DISTRIBUCION:

- Superintendencia de A.F.P.(Adj. solíc. desaf. y certificado de nacimiento).
- Superintendencia de Seguridad Social (2)

Cereceda Rojas
 LUZ CERECEDA ROJAS
 SUBSECRETARIA GENERAL
 DEPARTAMENTO SUBROGANTE
 SECRETARIA GENERAL

UPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

RESOLUCION N°

011931

07.Dic.1990

SANTIAGO,

VISTOS: Lo dispuesto en la Ley N°18.225, lo informado precedentemente por la Superintendencia de Seguridad Social y lo señalado en la Resolución Exenta N° 261, de 10 de abril de 1990,

RESUELVO:

Ha lugar a la solicitud de desafiliación del Nuevo Sistema de Pensiones creado por el D.L.N°3.500, de 1980, presentada por don(a) ADRIAN ZAPATA NILIAN RUT. 2.783.753-0 basada en la causal de la letra b) del artículo 1° de la Ley N°18.225, por cumplir con el requisito establecido en dicha disposición legal, con lo cual los fondos previsionales serán entregados por la A.F.P. a la institución previsional arriba indicada, entre los días 28 y 30 del mes subsiguiente al de la fecha de la presente resolución.

Comuníquese.

POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE.

DISTRIBUCION:

- A.F.P.
- Institución Previsional
- Superintendencia de A.F.P.

Eleena Egurguren H.
 ELEENA EGURGUREN H.
 SUPERINTENDENCIA DE A.F.P.

Reserva Adrian Zapata Milian
vive Pedro Aguirre Cordero No 8045
Comuna S. Ramon
Poblacion nueva S. Ramon

Superintendente de Administradores
de fondo de Pensiones A. F. P.

Julio Bustamante

Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones



14663.

DE: _____

Provida

A: *Beneficiarios* ✓

Fecha: _____

6 JUL. 1990

CG I 11/07/90 ✓

Anteriores de suyo.

06 JUL. 1990
M.M.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES

014663 - 6 JUL. 90

OFICINA DE PARTES



Santiago, julio 2 de 1990

0 - 298/90 - DPV /

Señor
Julio Bustamante Jeraldo
Superintendente
Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones
Presente

Ref.: Oficio Ord. N° 4410 del
15-06-90, P.S. 12107 /

De nuestra consideración :

En cumplimiento a lo dispuesto por
ese Organismo Contralor en Oficio Ord. de la referencia,
relacionado con nuestro afiliado Sr. ANDRES ZAPATA NILIAN,
adjunto copia de la carta respuesta enviada al recurrente.

Saluda atentamente a usted,

ALBERT CUSSEN MACKENNA
Gerente General

MSR/AFAS/HPN/mjp.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES
RECIBIDO P.S.
200790 12107
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS



Santiago, julio 2 de 1990

DPV - 667/90 /

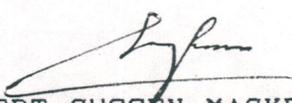
Señor
Andrés Zapata Nilian
Pedro Aguirre Cerda N° 8045
Pobl. Nueva San Ramón
San Ramón

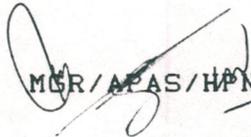
De nuestra consideración :

Por disposición de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, mediante Oficio N° 4410 del 15-06-90, damos respuesta a su carta reclamo de fecha 23-05-90.

- 1.- Con fecha 12-05-90, usted presentó una solicitud para desafilarse del Nueva Sistema de Pensiones por cuanto no tiene derecho al Bono de Reconocimiento.
- 2.- A dicha solicitud se le asignó el Folio N° 10038-3 y fue remitida a la Superintendencia de Seguridad Social con fecha 30-05-90 para su aprobación.
- 3.- Hasta la fecha el mencionado Organismo no se ha pronunciado con respecto a la solicitud.
- 4.- Tan pronto se emita la resolución del caso enviaremos comunicación a usted acerca del procedimiento final que corresponda aplicar.

Saluda atentamente a usted,


ALBERT CUSSEN MACKENNA
Gerente General


MGR/APAS/HPN/mjp.

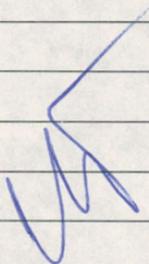
Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones

P.S. 12107

DE: _____

A: _____

Fecha: _____



SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

ORD. No. P- 4410

15 JUN 90

ANT: Presentación ante esta
Superintendencia, por el Sr. Andrés
Zapata Nilian.

P.S. 12107

MAT: Dispone analizar, solucionar, remitir
comunicación al recurrente y respaldar
ante esta Superintendencia la situación
señalada.

INCLUYE
ANTECEDENTES

SANTIAGO,

DE : SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

A : SEÑOR GERENTE GENERAL A.F.P. PROVIDA S.A.

1. Adjunto remito a usted fotocopia de la presentación señalada en Ant.
EN UN PLAZO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES, contado desde la fecha del
presente oficio, esa Administradora deberá:

a) Analizar detalladamente la presentación referida y **ENVIAR UNA
CARTA AL (A LA) RECURRENTE FIRMADA POR SU GERENTE GENERAL**, con
copia a esta Entidad, indicando textualmente que se envía "por
disposición de la Superintendencia de A.F.P.", en la cual **SE DE
RESPUESTA A CADA UNO DE LOS PROBLEMAS PLANTEADOS**.

Dicha comunicación deberá enviarse por correo certificado o ser
entregada personalmente y contener, a lo menos, lo que se señala
a continuación:

- Situación previsional que registra el (la) afectado (a) en
la Administradora.
- Beneficios causados o a los que tendría derecho.
- Cronología de los hechos, si ese fuera el caso,
contrastándolos con la normativa que se encontraba vigente.

b) Remitir a esta Superintendencia **COPIA DE TODOS LOS ANTECEDENTES**
que obran en poder de esa Administradora a fin de que este
Organismo tenga un cabal conocimiento del problema.

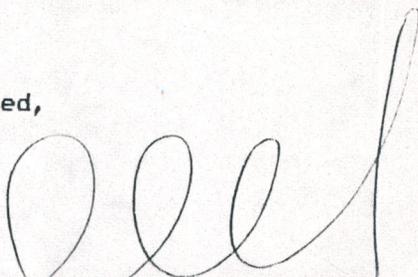
2. En el caso de que no se hubiere dado estricto cumplimiento a la
referida normativa, esa Administradora deberá remitir un **INFORME** a
este Organismo Fiscalizador, en el que se señale las causas que
originaron el incumplimiento y las medidas adoptadas para corregir
dicha situación.

3. En la eventualidad de que, en el curso de la investigación del caso
en estudio, se detectare una situación anómala que requiriera ser
regularizada, esa Administradora deberá disponer las medidas
necesarias para ello e informar al (a la) recurrente las causas que
provocaron el problema, la solución que se logre y la fecha
aproximada en que esa situación se encontrará totalmente resuelta.

**SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS**

4. En el caso de que, para concretar la solución, surjan situaciones frente a las cuales se requiera la intervención de esta Superintendencia, deberá enviarse a este organismo fiscalizador un proyecto de solución.

Saluda atentamente a usted,



JULIO BUSTAMANTE JERALDO
Superintendente de A.F.P.

Adj.: Lo señalado.

c.c.: Sr. Andrés Zapata Nilian
Pedro A. Cerda No. 8045, Pobl. Nueva San Ramón, San Ramón.

mej
E.E.Y.

DISTRIBUCION

- Sr. Gerente General A.F.P. Provida S.A.
- Arch. División Prestaciones y Seguros
- Unidad de Beneficios

Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones

11067

DE:

Beneficios

Adrián Zapata H.

A:

Fecha:

23 MAYO 1990

Verticium f. luján.

24 MAYO 1990

W

011062

23 MAY 90

OFICINA DE PARTES V. 1990

Superintendencia de Administradoras de fondos de Pensiones
Division control de Instituciones de la A.F.P.

Saludo Ud. y pido por favor si pueda agilizar unos tramite, yo fui a jubilar por Provida y me encuentre que tenia que de afiliarme de la A.F.P. Provida, me dice que tengo que ir al S.S.S. para jubilar pero, creo que se va a demorar, yo tengo 66 años y estoy enferma y necesito que mi solicitud, para jubilar me la reciba en el S.S.S., ello dice que tengo que esperar que lleve un papel de la A.F.P. como desafiado, y no lo tengo, asi por favor yo le mando fotocopia para que el tramite se me apure

o sea que sea rapido y yo tengo tanto dinero para estar movilizandolo siempre

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES	
RECIBIDO	
31.05.90	P.S. 12107
DIVISION PREVISIONES Y SEGUROS	

ahorace ya estoy medio enfermo
ya me llamo Adrian Zapata
Milian, y estoy allegado a una
persona, vivo en calle Pedro
Aguirre Berda No 8045 comuna
de S. Ramón Poblacion Nueva
San Ramón, y le mando
toda la fotocopia si puede
ayudarme que se ree hacer
y ni tiene que mandarme
mi papel, para presentarme
en el S.S.S. que luego, Señor
Intendente de Seguridad
Social, por favor, si puede
mandar la respuesta o lo que
sea al S.S.S para que me
atienda para ser mi pensión
ya que la A.F.P. Provida no
quiere hacerme la pr la cantidad
de dinero, o se pr que sea
yo estoy perdiendo dia ya que
se demoran tanto para hacer
la pensión le doy la gracia
por la molestia que puede ocasionar
esta carta pero si Ud. me ayuda
se lo voy a agradecer mucho,
contesteme por favor yo espero su
contestación, Saludo Ud. Adrian
Zapata

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Uso exclusivo para ASIGNACION FAMILIAR

5222351

CIRCUNSCRIPCION : RIO NEGRO

NUMERO INSCRIPCION : 113 REGISTRO : AÑO : 1966

NOMBRE DEL INSCRITO : ADRIAN F
ZAPATA NILIAN

FECHA DE NACIMIENTO : 16- SEPTIEMBRE- 1924

R.U.N. : ~ SEXO : MASCULINO

NOMBRE DEL PADRE : ESTANISLAO ZAPATA PAREDES

NOMBRE DE LA MADRE : ISABEL NILIAN LLANQUIEF

OBS./SUBINSCRIPCIONES : REF. 352 / 1924

LEGITIMACION POR MATRIMONIO

FECHA 17/5/25

FECHA EMISION: 27 ABR. 1990

EXENTO IMPUESTO
D. S. 1282-1975
M. MDA.



ANA ACUÑA URRUTIA
Jefe Confección Certificados
Archivos Nacional Registro Civil

Firma y Sello Funcionario Autorizado

CERTIFICADO DE IMPOSICIONES

I.- IDENTIFICACION DEL (EX) IMPONENTE

<p><u>ZAPATA.</u> Apellido Paterno</p>	<p><u>NILIPAN</u> Apellido Materno</p>	<p><u>ADRIAN</u> Nombres</p>
<p><u>2.783.953-0</u> Carnet Identidad -D.V.</p>	<p><u>99.292.553</u> Nº Inscripción</p>	<p><u>55.560</u> Nº Póliza</p>
		<p><u>07/41</u> Fecha Inscripción</p>

II.- El ex-Servicio de Seguro Social acredita que el (la) asegurado (a) antes individualizado (a) registra en su Cuenta Individual el siguiente período con imposiciones vigentes:

AÑO	MESES	AÑO	MESES
1925		1958	12
1926		1959	12
1927		1960	12
1928		1961	04
1929		1962	—
1930		1963	05
1931		1964	07
1932		1965	06
1933		1966	11
1934		1967	04
1935		1968	—
1936		1969	—
1937		1970	06
1938		1971	06
1939		1972	06
1940		1973	12
1941		1974	—
1942		1975	—
1943		1976	—
1944		1977	—
1945		1978	—
1946	03	1979	—
1947	12	1980	—
1948	06	1981	—
1949	06	1982	—
1950	07	1983	—
1951	—	1984	—
1952	06	1985	—
1953	—	1986	—
1954	11	1987	—
1955	08	1988	—
1956	12	1989	—
1957	12	1990	—

TOTAL SEMANAS <u>806</u>	TOTAL MESES
--------------------------	-------------

III.- DETALLE DE IMPOSICIONES A PETICION DEL INTERESADO

Se extiende el presente certificado para Don Miguel
 Observaciones: Afiliado A.F.P. Provido 1-82



CHAMORRO RIQUELME VERONICA

NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE

Santiago, de 12 FEB 1990 de 19

EL PRESENTE CERTIFICADO ANULA CUALQUIER OTRO ANTERIOR, NO TIENE VALIDEZ PARA EFECTOS PREVISIONALES, NO INCLUYE PERIODOS POR CONTINUIDAD DE LA PREVISION.



A.F.P. PROVIDA S.A.

SOLICITUD DE DESAFILIACION

NA CON PENA DE PRESIDIO Y RECLUSION LAS INFRACCIONES, TALES COMO SIMULACION Y COLUSION PARA OBTENER BENEFICIOS PREVISIONALES, OBTENCION FRAUDULENTO DE BENEFICIOS A BASE DE DATOS FALSOS O DOLOSAUMENTE OCULTADOS Y FALSEDAD EN CERTIFICADOS Y DECLARACIONES NECESARIAS PARA OBTENERLOS, TODO ELLO SIN PERJUICIO DE LA OBLIGACION DE RESTITUIR LAS SUMAS PERCIBIDAS INDEBIDAMENTE

I. IDENTIFICACION AFILIADO

APELLIDO PATERNO: ZAVALTA APELLIDO MATERNO: MILIAN NOMBRES: ARZUAMAN
 RUT: 2783753-0 CEDULA IDENTIDAD: 2783753-0 SEXO: MASCULINO FEMENINO
 CALIF: REMO ACQUIBILE CORRAL No DEPARTAMENTO: BOYS COMUNA: SN. RAMON GABINETE: ST60. FECHA NACIMIENTO: 16.09.24 LUGAR NACIMIENTO: EL O NEGRAL NOMBRE DEL PADRE: STANISLAO NOMBRE DE LA MADRE: ISABEL
 CIUDAD: ST60. FONDO:

II. ANTECEDENTES DESAFILIACION

- TIPO DE DESAFILIACION (MARQUE CON UNA X EL QUE CORRESPONDA)

B PUEDE PENSIONARSE EN EL ANTIGUO SISTEMA CON EDADES INFERIORES A 65 AÑOS SI ES HOMBRE, A 60 SI ES MUJER
 A NO TIENE PERJUICIO A FONDO DE RECONOCIMIENTO.
 C DECLARACION DE INVALIDEZ RECHAZADA POR HABERSE PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA AFILIACION.

CAJA O INSTITUCION DE PREVISION EN QUE COTIZO POR ULTIMA VEZ ANTES DE INGRESAR AL NUEVO SISTEMA: S.S.S. PERIODO APROXIMADO DESDE: 03 46 12 23 HASTA: 99 29 55 53 SOLO PARA LAS CAJAS SEÑALADAS EN EL REVERSO N° INTELHND O INSCRIPCION:

OTRAS CAJAS O INSTITUCIONES EN QUE ESTUVO AFILIADO ANTERIORMENTE

EMPLEADORES: RUT: NOMBRES:

III. INFORME PREVIO (MARQUE CON UNA X EL QUE CORRESPONDA)

TIPO DESAFILIACION: A INFORME SUPERINTENDENCIA SEGURIDAD SOCIAL
 TIPO DESAFILIACION: B INFORME SUPERINTENDENCIA SEGURIDAD SOCIAL
 TIPO DESAFILIACION: C INFORME SUPERINTENDENCIA SEGURIDAD SOCIAL

SI NO	CAJAS DE PREVISION REINTEGRO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLICITUD DE DESAFILIACION

DECLARACION DE REMUNERACIONES Y EMPLEADORES

ILLENE PARA LOS MESES EN QUE COTIZO EN UNA A.P.P.

MESES	AÑO	EMPLEADOR	COTIZACION	NO EMPLEADO	NO EMPLEADO	REMUNERACION	J. O. A. P.	TASA COHIB	TASA ACTUAL	ACTIVACION
01	82	SERGIO FCO. KUNDEZ	4.388.443-3			12.940				
02	82	"	"			11.510				
03	82	"	"			9.570				
04	82	"	"			8.010				
05	82	"	"			12.600				
06	82	"	"			8.570				
07	82	"	"			22.850				
07	82	UNIDAD HOSPITALARIA	61.608.108-K			4.620				
08	82	SERGIO FCO. KUNDEZ	4.388.443-3			15.930				
09	82	"	"			11.510				
10	82	"	"			12.600				
11	82	"	"			6.570				
12	82	"	"			8.670-				
01	83	"	"			12.560-				
02	83	"	"			8.000				
03	83	"	"			8.000-				
04	83	"	"			8.700-				
05	83	"	"			10.120-				
06	83	"	"			10.120-				
07	83	"	"			10.120-				
08	83	"	"			37.230-				
09	83	"	"			16.710-				
10	83	"	"			16.290-				
11	83	"	"			31.860-				
12	83	"	"			31.260-				
01	84	"	"			30.510				
02	84	"	"			32.020-				
03	84	"	"			31.130-				
04	84	"	"			22.450-				
05	84	"	"			29.430-				
06	84	"	"			33.220				
07	84	"	"			16.160				

TODA DE CERRA

FECHA DE CERRA: [] [] []

VALOR CUENTA: []

FIRMA Y TIMBRE ADMINISTRADA

MONTO A TRASPASAR

TOTAL A PAGAR CAJAS: []

TOTAL A PAGAR AFILIADO: []

TOTAL A PAGAR CAJAS: []

TOTAL A PAGAR AFILIADO: []

FIRMA AFILIADO

DECLARACION

Adrian Zapata Millan

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

Declara, para los efectos de acogerse a la desafiliación dispuesta por la Ley N° 18.225, de 1983, modificada por la Ley N° 18.631, de 1987, del Sistema de Pensiones creado por el Decreto Ley N° 3.500, de 1980, conocer y aceptar las mayores tasas de cotización del régimen previsional antiguo. Por lo tanto, si el saldo neto acumulado en la cuenta individual no fuere suficiente, la diferencia que resultare entre dichas cotizaciones y el monto traspasado por la Administradora de Fondos de Pensiones podrá ser pagada por el interesado total o parcialmente al contado. Asimismo, podrá efectuar el pago del total o del saldo, no cubierto al contado, mediante facilidades de pago de hasta 60 mensualidades que les concederán las instituciones de previsión. En caso que la persona no optare por el pago al contado o no hiciera uso de la alternativa de pago con facilidades, dicha diferencia será cubierta con cargo a las sumas que les correspondiere recibir con ocasión de los beneficios de desahucio o indemnización por años de servicios de carácter previsional. En el evento que no tuviere derecho a tales beneficios o éstos fuesen insuficientes para financiar esa diferencia, el remanente se descontará mensualmente de la respectiva pensión del solicitante, en cuotas que no excedan el veinte por ciento de la misma.

Adrian Zapata Millan
FIRMA

R.U.T. 2783753-0

FECHA:

Permite Adrian Zapata

Miliam Viro calle Pedro Aguirre

Cerda No 8045 Comuna de

S. Francisco Poblacion

Nueva S. Francisco

Superintendente de Administradora
de fondos de Pensiones
Division Control de Instituciones
de A. F. P.

ORD. No. P-B

7693

29.AGO 91

ANT: Presentación ante esta Superintendencia.

Caso:

SR. ADRIAN ZAPATA NILIAN

P.S. 12107

MAT: Dispone analizar, solucionar, remitir comunicación al recurrente y respaldar ante esta Superintendencia la situación señalada.

SANTIAGO,

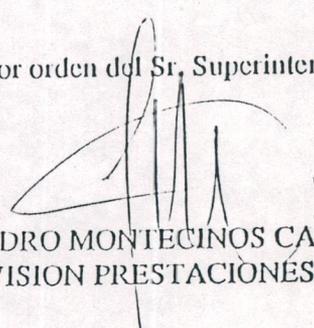
DE: SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

A: SEÑOR GERENTE GENERAL A.F.P. PROVIDA S.A.

1. Adjunto remito a usted fotocopia de la presentación señalada en Ant. EN UN PLAZO MAXIMO DE 5 DIAS HABILES, contado desde la fecha del presente oficio, esa Administradora deberá:
 - a) Analizar detalladamente la presentación referida y ENVIAR UNA CARTA AL (A LA) RECURRENTE, por correo certificado, FIRMADA POR SU GERENTE GENERAL, con copia a esta Entidad, indicando textualmente que se envía "por disposición de la Superintendencia de A.F.P.", en la cual SE DE RESPUESTA A CADA UNO DE LOS PROBLEMAS PLANTEADOS.
 - b) Remitir a esta Superintendencia COPIA DE LOS ANTECEDENTES que obran en poder de esa Administradora, y un INFORME, si fuere necesario, a fin de que este Organismo tenga un cabal conocimiento del problema.
2. En el caso de que no se hubiere dado estricto cumplimiento a la normativa vigente, esa Administradora deberá señalar las causas que originaron el incumplimiento y las medidas adoptadas para corregir dicha situación.
3. En la eventualidad de que, en el curso de la investigación del caso en estudio, se detectare una situación anómala que requiriera ser regularizada, esa Administradora deberá disponer las medidas necesarias para ello e informar al (a la) recurrente las causas que provocaron el problema, la solución que se logre y la fecha aproximada en que esa situación se encontrará totalmente resuelta.
4. En el caso de que, para concretar la solución, surjan situaciones frente a las cuales se requiera la intervención de esta Superintendencia, deberá enviarse a este organismo fiscalizador un proyecto de solución.

Saluda atentamente a usted,

Por orden del Sr. Superintendente


PEDRO MONTECINOS CANIFRU
JEFE DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

Adj.: Presentación señalada.

ER/mfq

DISTRIBUCION

- Sr. Gerente General A.F.P. Provida S.A.
- Arch. División Prestaciones y Seguros
- Unidad de Beneficios
- Arch. Oficina de Partes

Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones

23339

Provida

DE:

A:

[Handwritten signature]

Fecha:

2 oct 91.

02 OCT. 1991

[Handwritten signature]



Santiago, Septiembre 26 de 1991
0/700/DPV/91/

Señor
Julio Bustamante Jeraldo
Superintendente
Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones
Presente

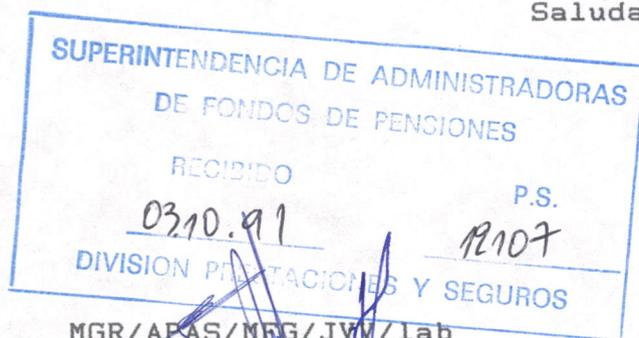


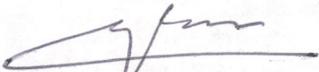
Ref.: Oficio Ordinario No. P-B 7693

De nuestra consideración:

De acuerdo a lo solicitado por ese Organismo Contralor en oficio ordinario de la referencia, que dice relación con nuestro(a) afiliado(a) sr.(a) **Adrián Zapata Nilian**, adjunto fotocopia de nuestra carta DPV/1627/91 enviada al recurrente.

Saluda atentamente,

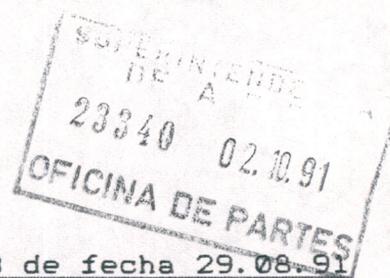



Albert Cussen Mackenna
GERENTE GENERAL



Santiago, Septiembre 27 de 1991
DPV/1627/91/

Señor
Adrián Zapata Nilian
Pedro Aguirre Cerda N° 8045
Pob. Nueva San Ramón
San Ramón



Ref.: Ord. N° 7693 de fecha 29.08.91

De nuestra consideración:

En respuesta a su carta de fecha 23 de Agosto de 1991, que dirigiera a la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones y por disposición expresa de dicho organismo fiscalizador, debemos informar a usted que, lamentablemente no reúne el requisito de tener 20 años de cotizaciones que dispone la ley para tener derecho a Garantía Estatal.

Por lo antes indicado, sugerimos a usted solicitar una pensión asistencial a través del Instituto de Normalización Previsional.

Quedamos a su disposición para atender cualquier consulta derivada de su situación previsional.

Atentamente,

Albert Cussen Mackenna
GERENTE GENERAL

MGR/APAS/MRG/JVV/lab

73 9008 - 1610

INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL

ORD. : 338: 2840

ANT. : _____

MAT. : SE INFORMA GARANTIA ESTATAL

104148

SANTIAGO, - 4 OCT 1990

DE : JEFE SECCION BONO DE RECONOCIMIENTO
INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL

A : ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES *J. POWIDA S.A.*.....

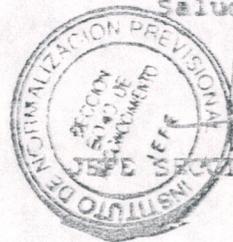
U. Impresion.

En atención a su nota indicada en Ant., relacionada con la solicitud de Bono de Reconocimiento por Vejez de ex-imponente, SR. (A) *ZARZA, Nicanor, Adrián*.....
Nº de Bono *09.245.316.4*... de la ex-caja *S.S.S.*.....
que, para los efectos de la Garantía Estatal, dicho afiliado registra las siguientes imposiciones anteriores al siniestro:

14,75 - Años

No registra CESANTIA

Saluda atentamente a Ud.,



JEFE SECCION BONO DE RECONOCIMIENTO



ORD. : 338:2841

ANT. : _____

MAT. : INFORMA BONO SIN DERECHO.

104149

SANTIAGO,

- 4 OCT 1990

DE : JEFE SECCION BONO DE RECONOCIMIENTO
INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL

A : ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES *PROVIDA S.A.*

Informamos a Ud., que el Bono de Reconocimiento No *09.805.316.6*, del ex-imponente SR. (a) *ZAPATA NILIAN ADRIAN* ha sido emitido sin derecho por:

- 1) Desafiliación en tramite
- 2) No cümple requisito del D.L 3500 que otorga derecho al Bono
- 3) Pensionado del Antiguo Sistema de Previsión
- 4) Traspaso de Fondos a la ex-caja de previsión.....
- 5) OBSERVACIONES

Saluda atentamente a Ud,



[Handwritten Signature]

SECCION BONO DE RECONOCIMIENTO



U. Impresión.



Santiago, Julio 26 de 1991
NºP-1393/DCPR

Señor
ZAPATA NILIAN ADRIAN
PEDRO A. CERDA 8045 PB. SAN RAMON
SAN RAMON
SANTIAGO

De nuestra consideración:

Cumpliendo informar que los retiros programados, que usted percibía como pensión de Vejez, han sido suspendidos en atención a que se ha extinguido el saldo de su cuenta de capitalización.-

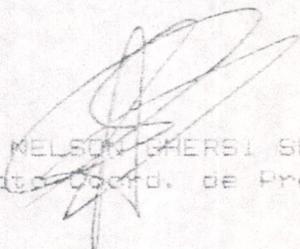
Conforme a las disposiciones del D.L. 3.500, las pensiones que usted percibió fueron pagadas con los Fondos de Capitalización que usted mantenía en nuestra Administradora.-

Procederemos a analizar si para la pensión que usted percibía existe el derecho a Subsidios por Garantía Estatal. Para tener este derecho deben cumplirse los siguientes requisitos:

- 1.- Acreditar tener 20 años de imposiciones en cualquier sistema previsional.-
- 2.- Presentar declaración jurada que acredite que no percibe pensiones, montos o remuneraciones imponibles iguales o superiores al monto de la respectiva pensión mínima.-

En relación a su derecho a la Asignación Familiar éstas se seguirán pagando ininterrumpidamente y en tanto se reúna los requisitos estipulados en el DFL 150.-

Saluda atentamente a usted,


NELSON CHERSÍ SOTO
Jefe Depto. Coord. de Prestaciones


Expediente
3-9008-1610

Agencia
805

FICHA DE CALCULO RETIRO PROGRAMADO

FECHA DE EMISION
11 / 07 / 91

A. IDENTIFICACION CAUSANTE
 NOMBRE: ZAPATA NILIAN ADRIAN
 TIPO DE PENSION: VEJEZ
 NUMERO DE PENSION: 509613-8

B. SALDO CUENTA CAPITALIZACION INDIVIDUAL, REGISTRO OBLIGATORIO
 CUOTAS DEL FONDO: 1,45
 PESOS: 3.362,14
 UNIDADES DE FOMENTO: 0,45
 VALOR UF. CONV.: 7.476,20

C. SALDO CUENTA CAPITALIZACION INDIVIDUAL, REGISTRO VOLUNTARIO
 CUOTAS DEL FONDO: 0,00
 PESOS: 0,00
 UNIDADES DE FOMENTO: 0,00
 NUMERO DE ANUALIDAD: 02

D. OTROS ANTECEDENTES DE USO INTERNO
 COD SALUD: 1
 MODAL: 1
 AGE TRAM: 700
 ESTADO: 2
 COD ACT: 1
 EXPEDIENTE: 3 9008 1610
 INSTITUCION DE SALUD: FONASA (1)

E. CAPITAL NECESARIO GRUPO FAMILIAR

ITEM	AFILIADO / BENEFICIARIO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	COD. ESTUD.	RELAC. CAUSANTE	RELAC. GRUP. FAM.	CAPITAL NECESARIO UNITARIO	PORCENTAJE RETIRO MENSUAL	PENSION UNIDADES DE FOMENTO
1	ZAPATA NILIAN ADRIAN	MASC	16/09/24	67	0	80	12	9,409	100,000	0,00
TOTAL								9,409		

F. ANUALIDAD EN U.F.

REGISTRO OBLIGATORIO	0,04
REGISTRO VOLUNTARIO	0,00
TOTAL	0,04

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE DEVENGA LA PENSION
27 / 07 / 90

G. DATOS IDENTIFICACION APODERADO
 ZAPATA NILIAN ADRIAN
 PEDRO A. CERDA 8045 PB. SN RAM
 CIUDAD: SANTIAGO COMUNA: SAN RAMON
 TELEFONO: 2.733.75340 AGENCIA PAGO: 700

VISTOS LOS ANTECEDENTES SEÑALADOS EN ESTA FICHA DE CALCULO A F.P. PROVIDA S.A. RECONOCE SU RESPONSABILIDAD DE PAGO DE LAS PENSIONES CON FONDOS DE LA CUENTA INDIVIDUAL DEL AFILIADO ARRIBA INDIVIDUALIZADO, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL D.L. 3500 DE 1980

FIRMA Y TIMBRE DE AFP PROVIDA S.A.

Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones

19613.

DE:

Dolores CASTRO P.

A:

[Handwritten signature]

Fecha:

20 AGO. 1991

Relacion anteced.

P. S: 12104: (CD) L: 29-08-91.

20 AGO. 1991
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES
RECIBIDO P.S.
20-8-91 12479
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

Superintendente de las A.F.P. DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

019613 20 AGO. 91
OFICINA DE PARTES

Julio Bustamente

Saludo Ud. y pido por favor,
que se le ayude a esta persona
que yo le voy a nombrar, se trata
que se le quite un pago a un afiliado
sin decirle nada ya que el hizo
lo posible de no de afiliarse de
la A.F.P. Provida, yo le voy a mandar
documento fotocopia, para saber si
tiene solución de su parte, ya como
Superintendente, le voy a dar el nombre
de una de las persona ya pensionada
Adrian Zapata Milian Pan N° 2783,753-0
en donde el vive, no puede decirlo por
que le dieron que se fuera, así
que pasa siempre cerca de mi casa
Pedro Aguirre Landa N° 8045 comuna
de S. Ramon, a el le dijeron
que no tenía mas dinero en su
cuenta, cuando fue a pagarse, despues
se le hizo una solicitud de
garantia estatal, esto fue el 25 julio
1991, ahora, yo le digo a Ud.

2/ por que se luchó para no desafiliarlo, si despues le iban a decirle que ya no le pagarían mas, ahora yo le voy a mandar todo los papeles que le sirven para ayudarlo en la E.F.P. Provída, a lo mejor están equivoocado, por hera le mando a Uld. J. el superintendente de seguridad social el señor Luis Olandini, si se puede hacer algo por esta persona y se le pueda pagar, por favor contestame a mi domicilio, este señor Zapata pesa aqui en mi casa, ya que esta mal, calle Pedro A. Berda N° 8045
Comuna de S. Ramón,

El otro favor que pido a Uld. como superintendente, es que si la persona tiene mas de 60 año y tienen muy poco fondo para que se pueda pagar 4 unidades de fomento, creo que es mejor no a ver salido la ley de pensiones anticipada, sobre todo en la E.F.P. Provída ya que, hubo una persona, que le salio el certificado de Saldo, y el tiene \$ 15.474.623 y no le dan el complemento del Bono de la hija suvalidad,

3/ y la Señora de él, y le pidieron que tenía que dar la compañía de Seguro, 13.79 unidad de fomento no le alcanzó, ya que le faltaría el Complemento del Bono para ver si le alcanzara, ahora estoy esperando una contestación de la A.F.P. Provinda del gerente general Alfer Casse, para si se le puede hacer con 12. unidad fomento según la persona a la cual el interesado, el se llama Estanislao del Carme Trosthoza Fariña Dum N° 3275.757-K y vive en calle Venezuela N° 2039 Comuna de S. Ramón el trabaja para el Sur en los Angeles y esta esperando si se puede hacer algo, el Certificado de Saldo fue emitido el día 31-7/91, cree Ud. si se puede hacer algo ya que el turno que pedís permiso para venir a buscar el Certificado de Saldo, y creo que con esa plata o dinero, que tenía en el sistema antigua se pudiera jubilar anticipadamente, yo también le voy a mandar fotocopia, lo yo le pido a Ud. como Superintendente, que la pensión anticipada se puedan amoldar a lo que tiene el afiliado para pensionarse

4/ anticipadamente, ya que un soldado
certificado de saldo y todo son
mas de lo que tiene la gente para
jubilar o sea le dan, para que
las Compañia le rechace su
pensión anticipada, una señora
tambien le hicieron lo mismo
salio con el Certificado de Saldo
con 4,21 unidad de Fomento y
ella apenas tenia 1.686.731 y tuvo
que esperar a su edad ella se llama
Adriana de la Mercedes Atunada
García Pan N° 3319.559-1, de la
calle que vive ella es Pedro Atunado
Berda N° 8094 Comuna de S. Ramón
y le faltan meses para cumplir la edad,
yo le digo esto señor Julio es por
que quiero que se le ayude a la
persona a pensionarse, mas o menos
a lo que tenga ello, ya sea 3 unidad
de fomento, 2½ unidad fomento
o lo que pueda alcanzarse, no
le pongam mas, con eso le
dice que no se pensionen, ello
no quiere un monton de dinero
para jubilar anticipadam, si no
recibir su pensión por unida de
Fomento, ya que esta supe todo lo dia

esta persona son toda de
la C.A.F.P. Provinda, ya que en
otra han jubilado anticipadamente
con poca unidad de fomento y
están tranquilo la compañía a
schido arreglar su situación, y
amodandose para jubilar, en
unión y Habtat, y por que Provinda no
parece que no quisiera que jubilara
la gente que tiene mas 60 años ellos
no pueden encontrar trabajo, yo creo
que si' Udo. puede hacer que la persona
jubilable a lo que pueda ya sea el mínimo
ya que ello no puede trabajar ni
van a dar mas dinero, así que
queda de tenerse ese dinero, y no
pueda disputarlo supiendo que se
le amplia la edad, disculme Udo.
si me e tomado la atribuciones
que tal vez Udo. sabe de todo esto
le doy la gracia por lo que Udo.
conteste a mi carta y que Dios
le Bendiga, mi dirección es
Pedro Aguirre Casda No 8045
Comuna de S. Ramón yo me
llamo Dolores Castro Plaza
Saludo Udo.

Dolores
Dolores Castro Plaza. -



CERTIFICADO DE SALDO Y ESTIMACION RENTA TEMPORAL POR UNIDAD DE SALDO
PARA PENSION ANTICIPADA

AGENCIA : 805

FECHA : 02/05/91

NOMBRE AFILIADO : AHUMADA GALVEZ ADRIANA DE LAS MERC

DETERMINACION DEL SALDO	CUOTAS	PESOS	U. FOMENTO	MONTO ESTIMADO RENTA TEMPORAL MENSUAL POR UNIDAD DE SALDO	
CAPITAL ACUMULADO AL 31/08/90	69.31	110,501	17.62	1	0.0833
BONO DE RECONOCIMIENTO	988.65	1,576,230	251.36	2	0.0426
APORTE ADICIONAL	0.00	0	0.00	3	0.0290
TRASPASO CTA. AHORRO VOLUNTARIO	0.00	0	0.00	4	0.0222
TOTAL SALDO	1,057.96	1,686,731	268.98	5	0.0182
				6	0.0155
				7	0.0135
Valor Cuota Utilizado	A.F.P. PROVIDA S.A., certifica que nuestro			8	0.0121
FECHA : 31/08/90 \$1,594.31	afiliado podra pensionarse anticipadamente,			9	0.0110
	siempre y cuando pueda contratar una pension			10	0.0101
Valor U.F. Utilizado	no inferior a 4.21 Unidades de Fomento.			11	0.0093
FECHA : 31/08/90 \$ 6,270.78				12	0.0087
				13	0.0082
	Para tener derecho a excedente deber contratar			14	0.0078
	una pension por un monto de 4.59 Unidades de			15	0.0074
	de Fomento.			16	0.0071
Antecedentes del Bono				17	0.0068
-----				18	0.0066
N.M. DOCUMENTO : 09-301594				19	0.0063
VALOR NOMINAL : 204372				20	0.0061
FECHA EMISION : 8105				21	0.0060
				22	0.0058
				23	0.0056
Otros Antecedentes				24	0.0055
-----				25	0.0054
FECHA SOLICITUD PENSION : 24/09/90				26	0.0053
				27	0.0052
SITUACION BONO A LA FECHA:				28	0.0051
-----				29	0.0050
				30	0.0049

A. F. P. PROVIDA S. A.
SUBGERENCIA BENEFICIOS
DEPTO. DE PENSIONES
DE VENEZ

TASA DE INTERES PARA EL
CALCULO DE LA RENTA TEMPORAL
4.60 %

Firma y Timbre de la Administradora

ADO.....
ISADO.....
CORRECCION..

Folio : 5



ADMINISTRADORA
DE FONDOS DE PENSIONES
PROVIDA S.A.

FICHA DE CALCULO RETIRO PROGRAMADO

FECHA DE EMISION
06 / 09 / 90

A. IDENTIFICACION CAUSANTE

NOMBRE
ZAPATA NILIAN ADRIAN

TIPO DE PENSION
VEJEZ

NUMERO DE PENSION
509613-8

B. SALDO CUENTA CAPITALIZACION
INDIVIDUAL, REGISTRO OBLIGATORIO

CUOTAS DEL FONDO
130,42

PESOS
193.047,68

UNIDADES DE FOMENTO
31,93

VALOR UF. CONV.
6.035,81

C. SALDO CUENTA CAPITALIZACION
INDIVIDUAL, REGISTRO VOLUNTARIO

CUOTAS DEL FONDO
0,00

PESOS
0,00

UNIDADES DE FOMENTO
0,00

NUMERO DE ANUALIDAD
01

D. OTROS ANTECEDENTES
DE USO INTERNO

COD. SALUD
1

MODAL
1

AGE. TRAM.
700

ESTADO
1

COD. ACT.
0

EXPEDIENTE
3 9008 1610

INSTITUCION DE SALUD
FONASA (1)

E. CAPITAL NECESARIO GRUPO FAMILIAR

ITEM	AFILIADO / BENEFICIARIO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	COD. ESTUD.	RELAC. CAUSANTE	RELAC. GRUP. FAM.	CAPITAL NECESARIO UNITARIO	PORCENTAJE RETIRO MENSUAL	PENSION UNIDADES DE FOMENTO
01	ZAPATA NILIAN ADRIAN	MASC	16/09/24	65	0	80	12	10,564	100,000	0,25
TOTAL								10,564		

F. ANUALIDAD EN U.F.

REGISTRO OBLIGATORIO	3,02
REGISTRO VOLUNTARIO	0,00
TOTAL	3,02

FECHA A PARTIR DE LA CUAL
SE DEVENGA LA PENSION
27 / 07 / 90

G. DATOS IDENTIFICACION APODERADO

ZAPATA NILIAN ADRIAN
PEDRO A. CERDA 8045 PB. SN RAM
CIUDAD COMUNA
SANTIAGO SAN RAMON
RUT: 2.733.753-0 AGENCIA PAGO: 700

VISTOS LOS ANTECEDENTES SEÑALADOS EN ESTA FICHA DE CALCULO A.F.P. PROVIDA S.A. RECONOCE SU RESPONSABILIDAD DE PAGO DE LAS PENSIONES CON FONDOS DE LA CUENTA INDIVIDUAL DEL AFILIADO ARRIBA INDIVIDUALIZADO, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL D.L. 3500 DE 1980.

FIRMA Y TINBRE DE AFP PROVIDA S.A.

INSPECCION	SANTIAGO ORIENTE	CIUDAD Y FECHA	SANTIAGO 25 mayo 1988
DOMICILIO	JOSE DOMINGO CAÑAS 1121	UNIDAD	COMPARENDOS.

I.- IDENTIFICACION DEL RECLAMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES)		ACTIVIDAD ECONOMICA	
SERGIO MENDEZ LLAUSAS LTDA.		INDUSTRIA	
CALLE	NUMERO	DPTO/OFCINA	COMUNA
JULIO PRADO	2049	A	ÑUÑA
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES)			R.U.T.

II.- OBJETO DE LA CITACION

SIRVASE CONCURRIR A ESTA INSPECCION DEL TRABAJO, UNIDAD DE COMPARENDOS, EL DIA **14** DE **junio** DE 19 **88**, A LAS **12.25** HORAS, A OBJETO DE RESPONDER DE UN RECLAMO PRESENTADO EN SU CONTRA POR **ADRIAN ZAPATA NILIAN**

III.- CONCEPTOS RECLAMADOS

- A) DESPEDIDO CON LICENCIA MEDICA
- B) DESAHUCIO
- C) IMPOSICIONES S.S.S.

IV.- DOCUMENTACION A EXHIBIR

SE NOTIFICA A UD. QUE EN EL COMPARENDO DEBERA PRESENTAR LA DOCUMENTACION QUE EN CADA CASO SE DESTACA CON LA MARCA "X" POR CADA UNO DE LOS RECLAMANTES YA INDIVIDUALIZADOS.

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.- CONTRATO(S) DE TRABAJO | <input checked="" type="checkbox"/> 7.- REGISTRO DE ASISTENCIA PERIODO: trabajados. |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2.- COMPROBANTE(S) PAGO REMUNERACIONES PERIODO: MARZO 87 a MAYO 88 | <input type="checkbox"/> 8.- LIBRO AUXILIAR DE REMUNERACIONES PERIODO: |
| <input type="checkbox"/> 3.- COMPROBANTE FERIADO LEGAL AÑOS: | <input type="checkbox"/> 9.- BALANCE Y DETERMINACION DEL 10% O.D. CAPITAL PROPIO AÑOS: |
| <input type="checkbox"/> 4.- AVISO TERMINO CONTRATO A INSPECCION Y TRABAJADOR (ES) | <input type="checkbox"/> 10.- DECLARACION IMPTO. A LA RENTA AÑOS: |
| <input type="checkbox"/> 5.- LIBRETA(S) DE IMPOSICIONES S.S.S. O COMPROBANTE(S) DE INSCRIPCION | <input checked="" type="checkbox"/> 11.- escritura pública conste rep. legal. |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6.- PLANILLA(S) PAGO IMPOSICIONES INSTITUCION (ES) Y PERIODO: S.S.S. MARZO 87 a MAYO 88 | <input checked="" type="checkbox"/> 12.- finiquito en triplicado. |
| | <input type="checkbox"/> 13.- |

NOTA: SE DEBERA EXHIBIR ADEMAS EL R.U.T. DEL EMPLEADOR Y DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE PERSONA JURIDICA)

SU INASISTENCIA A ESTE COMPARENDO DARA LUGAR A LA APLICACION DE UNA MULTA ADMINISTRATIVA EN CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 30 DEL D.F.L. Nº 2, DE 1967, DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL.

LA NO PRESENTACION DE LA DOCUMENTACION EXIGIDA DARA LUGAR A LA APLICACION DE UNA MULTA ADMINISTRATIVA EN CONFORMIDAD AL ARTICULO 32 DEL D.F.L. CITADO.

LA ASISTENCIA A COMPARENDO DEBE SER PERSONAL O POR MEDIO DE MANDATARIO PREMUNIDO DE PODER DADO POR ESCRITO EN QUE SE OTORQUEN LAS FACULTADES DEL ART. 7º DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, CON EXPRESA MENCION DE LA DE TRANSIGIR (PUEDE USARSE FORMATO IMPRESO AL DORSO).

LA ASISTENCIA SERA EXCLUSIVAMENTE PERSONAL Y NO SE ADMITIRA MANDATARIO (ARTICULO 29, INCISO 3º DEL D.F.L. Nº 2, DE 1967.)

MARIA IRMA VERA CRUZ
 0846270549
 SANTIAGO

FISCALIZADOR (NOMBRE Y FIRMA)



PROVIDA

N° LIQUID: 1.874.-

LIQUIDACION MANUAL DE PENSIONES D.L. 3.500

AGENCIA	: MATRIZ	FECHA DE PAGO:	24.08.90
PAGUESE A	: ZAPATA NILIAN ADRIAN	TIPO PENSION:	VEJEZ
CAUSANTE	: ZAPATA NILIAN ZDRIAN	NUM PENSION	: 509.613
RUT BENEFA	: 2.783.753-0	NUM CHEQUE	: 7791362
PER. PAGO	: 27.07.90 a 31.08.90	MES PROCESO	: 08/90
CAUS. LIQ	: ANTICIPO PENSION		

ITEM	BENEFICIARIO	PENSION ERUTA	GTIA EST.	ASIG FAM	DESC. SALUD	LIQUIDO
		24.244			1.697	22.547
		24.244			1.697	22.547

[Handwritten signature]
 AUTORIZACION

RUT APODERADO

FIRMA

TIMBRE

SOLICITUD DE DESAFILIACION

DECLARACION DE REMUNERACIONES Y EMPLEADORES LLENE PARA LOS MESES EN QUE COTIZO EN UNA A.P.P.

MESES	AÑO	EMPLEADOR	NÚM. EMPLEADOR	EMPLEADO	REMUNERACION	V. B. A. F. P.	VALOR COTIZADO	VALOR ACTUAL	VALOR ACTUALIZADO
01	82	SERGIO FCO. MENDEZ	4.388.443-3		12.940				
02	82	"	"		11.510				
03	82	"	"		9.570				
04	82	"	"		8.010				
05	82	"	"		12.600				
06	82	"	"		8.570				
07	82	"	"		22.850				
07	82	UNIDAD HOSPITALARIA	61.608.108-K		4.620				
08	82	SERGIO FCO. MENDEZ	4.388.443-3		15.930				
09	82	"	"		11.510				
10	82	"	"		12.600				
11	82	"	"		6.570				
12	82	"	"		8.670.-				
01	83	"	"		12.560.-				
10	84	"	"		8.000				
11	84	"	"		8.000.-				
12	84	"	"		8.700.-				
03	87	"	"		10.120.-				
04	87	"	"		10.120.-				
05	87	"	"		10.120.-				
06	87	"	"		34.230.-				
07	87	"	"		16.710.-				
08	87	"	"		16.290.-				
09	87	"	"		31.860.-				
10	87	"	"		31.260.-				
11	87	"	"		30.510				
12	87	"	"		32.030.-				
01	88	"	"		31.130.-				
02	88	"	"		22.450.-				
03	88	"	"		24.930.-				
04	88	"	"		33.220				
05	88	"	"		16.160.-				

FECHA DE CIERRE

FECHA DE CIERRE: [] [] [] []

VALOR CLIENTE: [] A [] = []

FIRMA Y TIMBRE ADMINISTRADORA

SI NECESITA TRANSFERRIR

VALOR A PAGAR CAJAS: []

VALOR A PAGAR AFILIADO: []

VALOR A PAGAR CAJAS: []

VALOR A PAGAR AFILIADO: []

Sergio Fco. Mendez

FIRMA AFILIADO

1

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

RESOLUCION No. 012017 13 FEB. 1991

SANTIAGO,

VISTOS : Lo dispuesto en la Ley No 18.225, de fecha 28 de junio de 1983, la solicitud de desafiliación del Sr. ADRIAN ZAPATA NILIAN, R.U.T. 2.783.753-0, lo informado por la Superintendencia de Seguridad Social por oficio Ordinario No (o) 1033 de fecha 30 de noviembre de 1990, la Resolución No 11.931 de fecha 07.12.90, de esta Superintendencia, que autoriza su desafiliación del Nuevo Sistema de Pensiones por la causal b) del artículo 10 de la Ley 18.225, el desistimiento de fecha 27.01.91, lo dispuesto en la Resolución Exenta No 261 de fecha 10 de abril de 1990 y las facultades conferidas a esta Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, en el artículo 10 inciso final de la ley citada, y

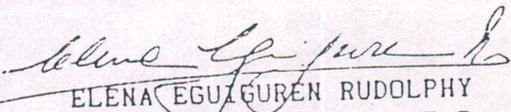
CONSIDERANDO:

Que la Resolución No 11.931 señalada en los Vistos no ha producido sus efectos.

RESUELVO :

1. Acéptase el desistimiento de la solicitud de desafiliación presentada por don ADRIAN ZAPATA NILIAN.
2. Déjase sin efecto la Resolución 11.931 de fecha 07.12.90, con lo cual el afiliado continúa perteneciendo al Nuevo Sistema de Pensiones.

Comuníquese,
Por Orden del Sr. Superintendente


ELENA EGUI GUREN RUDOLPHY
Superintendencia de A.F.P.

43
GER/CSM/cps.

DISTRIBUCION:

- Sr. Superintendente de Seguridad Social
- Sr. Adrián Zapata Nilian
- Sr. Gerente General A.F.P. Provida S.A.
- Unidad de Desafiliaciones
- Unidad de Análisis de Beneficios
- División Prestaciones y Seguros
- Oficina de Partes y Archivo

7.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR:

WENDEZ LAUSAS SERGIO FRANCO ISCO

Apellidos y nombres o razón social registrado en la institución de previsión

4388443-3

RUT empleador o representante legal

Dirección donde cumple funciones el trabajador

Julia Prado

nº 2049A teléfono 74 7187

calle

Nuñoa

comuna

Santiago

ciudad

7.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR: (Marcar con una X la alternativa que corresponda)

Calidad del Trabajador

1 sector centralizado

3 dependiente

5 dependiente

2 sector descentralizado

4 independiente

6 independiente o voluntario

Empleado público DFL.338

Empleado particular Ley 16781

6.1 marítimos
 6.2 discontinuos
 6.3 comisionistas

Obrero Ley 10383-15565 o 10662

- Regimen de Previsión 1 antiguo DL 3501 2 nuevo DL 3500

- Caja Previsión o AFP a la que se encuentra afiliado el trabajador

Fecha afiliación actual entidad previsional del trabajador

X
día mes año

código caja previsión

nº letra

código AFP

nº

Fecha del contrato de trabajo

X
día mes año

- Entidad que debe pagar el subsidio

1 servicio de salud 2 ISAPRE

3 caja de compensación

4 mutual

5 empleador

- Nombre entidad pagadora subsidio

-
RUT entidad pagadora subsidio

7.3 IDENTIFICACION PREVISIONAL DEL TRABAJADOR:

Tiene libreta impositivas

1 si 2 no

anotar nº libreta

Para completar sección n°7 levante esta hoja

7.4 INFORME REMUNERACIONES:

7.4.1. Total Remuneraciones Imponibles

El empleador deberá certificar las remuneraciones imponibles, (EXCEPTUANDO AQUELLAS SEÑALADAS EN EL ART.10 DEL DFL 44/78), subsidios o ambos, correspondientes a los últimos 3 meses o 6 meses en el caso de los independientes y voluntarios anteriores a la fecha de la incapacidad.

Fecha depósito		Caja de Previsión o A.F.P.	Remuneración mensual imponible excepto aquellas señaladas en ART.10 del DFL 44/78	Subsidio	Mes el cual corresponden las impositivas		Nº días cancelados solo caso Acc.Trab.
día	mes/año				mes	año	
						04	88
						03	88
						02	88

Asignación familiar nº cargas

% bonificación ley 15.386 %

7.4.2. Total Descuentos

Tipo de Descuento de cargo del Trabajador	regimen de previsión					
	antiguo (DL.3501)			nuevo (DL.3500)		
	variación %		% a descontar	variación %		% a descontar
mínimo	máximo	mínimo		máximo		
Salud	1,15	5,43		4,00	% según contrato	%
Desahucio	1,07	14,03		1,07	14,03	%
Fondo Común	0,20	0,78				
Fondo Solidaridad	0,79	3,10				
Invalidez y Supervivencia				2,40	3,00	%
Pensiones y Revalorizaciones	8,36	25,93		10,00	20,00	%
Retención Judicial						%

7.5 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Diagnóstico	total días	desde			hasta		
		día	mes	año	día	mes	año

Fecha

[Signature]

firma y timbre del empleador o encargado de personal

SECCION 6. RECIBO PARA EL TRABAJADOR

apellido paterno ZAPATA apellido materno NILIAN y nombre de enfermo ADRIAN 137 - Nº 231420

Duración licencia desde 008 hasta 23 05 88
Nº días día mes año día mes año

Fecha emisión 24/05/88 firma, timbre empleador y fecha recepción _____

NOTA: Este recibo deberá ser presentado por el trabajador una vez aprobada la Licencia Médica para el cobro del Subsidio. A la vez constituirá un certificado para justificar la inasistencia al trabajo.

LICENCIA MEDICA

MINISTERIO DE SALUD

(Este formulario debe ser llenado con letra de imprenta)

SECCION 2. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

apellido paterno ZAPATA apellido materno NILIAN nombres ADRIAN

Domicilio: calle AV. DOMINGO No 1909 depto. No _____
 comuna San Pedro ciudad SANTIAGO teléfono _____

RUT 7283453-0 sexo 1 masculino 2 femenino edad 63 firma del trabajador _____

SECCION 3. CAUSA DE LA LICENCIA

DIAGNOSTICO contusión

Estados patológicos concomitantes de significación y/o Antecedentes

TIPO LICENCIA (marcar con una X la alternativa que corresponda) → 1. enfermedad común o curativa 2. medicina preventiva 3. maternal 4. enferm. grave hijo menor 1 año 5. accidente del trabajo 6. enfermedad profesional

Duración licencia desde 008 hasta 23 05 88
Nº días día mes año día mes año

SECCION 4. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL QUE EXTIENDE LA LICENCIA

apellido paterno MARCELO apellido materno BENITO nombres ADRIAN

RUT 1155878-1 PROFESION (marcar con una X la alternativa que corresponda) 1. medico 2. dentista 3. matrona

Domicilio: calle STB. TOTAL No 529 depto. No _____
 comuna San Miguel ciudad SANTIAGO teléfono _____

Especialidad Med. Gen. Int. firma del profesional _____

Fecha emisión licencia 24 05 88
día mes año

SECRETARIA CONSULTORIO LA BANCERA

SECCION MINISTERIO DE SALUD

USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD

137 - Nº 231420

5. RESOLUCION DEL SERVICIO DE SALUD

ESTABLECIMIENTO _____

apellido paterno _____ apellido materno _____ y nombre trabajador _____

(marcar con una X la alternativa que corresponda) autorizase ampliase redúcese recházase TIPO DE LICENCIA No _____

Autorizado por _____ desde _____ hasta _____
días día mes año día mes año

Causas código diagnóstico (marcar con una X la alternativa que corresponda) → periodo primero continuación Nº días a pagar

firma y timbre recepción establecimiento del servicio de salud fecha nombre, firma y timbre funcionario autorizado servicio de salud

- INSTRUCCIONES PARA EL USO Y TRAMITE DEL FORMULARIO DE LICENCIAS MEDICAS. Este formulario debe ser llenado con letra imprenta utilizando los casilleros o líneas habilitados para proporcionar la información. Escribir completos los dos apellidos y el primer nombre hasta donde alcancen los casilleros disponibles; dejar un casillero en blanco entre cada apellido y cada nombre.
- PROFESIONAL. Deberá llenar con su puno y letra los datos solicitados en las Secciones del Formulario N°s. 1 (Talon del Profesional), 2 (Identificación del Trabajador), 3 (Causa de la Licencia) y 4 (Identificación del Profesional que extiende la Licencia) - NOTA: Colocar previamente hoja de papel caico bajo la Sección 1 que reproducirá los datos correspondientes en la Sección 6 (Recibo para el Trabajador).
- TRABAJADOR. Luego de extendida la Licencia y completados los datos pertinentes por el profesional, el trabajador estampará su firma en la Sección 2 (Identificación del Trabajador).
- El trabajador deberá entregar o hacer llegar a su empleador el formulario licencia DENTRO DEL PLAZO DE DOS DIAS HABILES, TRATANDOSE DEL SECTOR PRIVADO, Y DE TRES DIAS HABILIS EN EL CASO DEL SECTOR PUBLICO afecto al DFL 338 de 1960, contados desde la fecha de iniciación de la Licencia.
- El trabajador independiente deberá presentar el formulario licencia directamente al Establecimiento del Servicio de Salud correspondiente para su autorización, adjuntando los comprobantes de: sus ultimas cotizaciones ante la AFP o Institución de Previsión, cuando el pago de subsidios correspondiente efectuara al Servicio de Salud.
- EMPLEADOR. En el momento de recibir la Licencia, el empleador procederá a desprendar del formulario la Sección 6 (Recibo para el Trabajador) en la que estampará la fecha de recepción, su firma y timbre haciendo entrega de esta colilla al trabajador, la que le servirá a éste como constancia de la entrega de la Licencia Médica dentro de los plazos reglamentarios y para el cobro posterior del subsidio respectivo.
- El empleador deberá llenar los datos establecidos en la Sección 7 (Informe del Empleador) e indicar su dirección postal en el reverso de la copia de la Sección 5 (Resolución del Servicio de Salud).
- El formulario licencia así descrito deberá ser enviado por el empleador al Establecimiento del Servicio de Salud en cuya área se encuentre ubicado el lugar de desempeño del trabajador DENTRO DEL PLAZO DE DOS DIAS HABILIS DESDE LA FECHA DE SU RECEPCION.



AGENCIA

805

SOLICITUD GARANTIA ESTATAL - DECLARACION JURADA SIMPLE

FECHA _____ N° _____

En Santiago, a 21 de Julio de 1991.
Yo, don(ña) José Zepeda Nican no no
R.U.T. 2.722.755-0, de nacionalidad Chileno
de estado civil casado, de profesión Plumero
domiciliado en Pedro Aguirre Ando 504
comuna de Las Rañas.

SOLICITO EL BENEFICIO DE GARANTIA DEL ESTADO PARA FINANCIAR:
(marque con una cruz lo que corresponda)

MI PENSION _____ LA DE MIS HIJOS _____
 LA DE MIS REPRESENTADOS, beneficiarios del afiliado _____

por lo cual declaro bajo juramento lo siguiente:

- No ser pensionado(a) de ninguna institución previsional del régimen antiguo.
- Desde la "fecha de inicio" de la Garantía Estatal que estoy solicitando, no he percibido rentas ni remuneraciones imponibles que, en conjunto, sean iguales o superiores a la Pensión Mínima que me correspondería y que a esta fecha, mes de _____, de 19 _____ asciende a la suma de \$ _____
- Lo(s) hijo(s) del afiliado: _____ de _____ años de edad, respectivamente, son solteros estudiantes y no perciben individualmente, pensiones, rentas ni remuneraciones imponibles que, en conjunto, sean iguales o superiores a \$ _____ al mes _____ de 19 _____.
- En caso que estas pensiones, rentas o remuneraciones imponibles pasen a ser iguales o superiores al monto de la pensión mínima vigente, me comprometo a dar aviso oportuno de dicha situación a la Compañía de Seguros de Vida _____ S.A. con el objeto de no percibir en forma indebida, el beneficio antes mencionado.
- Finalmente, declaro estar en pleno conocimiento de las acciones legales que, en virtud de lo señalado en el art. 13 del D.L. 3.500 de 1980 y art. 467 del Código Penal, se pueden tomar en mi contra, en caso de que la información entregada no corresponda a la verdad.

[Firma]
FIRMA
R.U.T.: _____
[Firma]
FIRMA REPRESENTANTE
A.F.P.

Firmó ante mí:
(Datos del funcionario responsable de la Administradora)
Nombre y R.U.T.:



COMPROBANTE DE PRESENTACION SOLICITUD GARANTIA ESTATAL

FECHA 25/07/91

INICIACION TRAMITE GARANTIA ESTATAL

AGENCIA 805

ACTUALIZACION ANUAL DE LOS REQUISITOS

FOLIO _____

99292153



DATOS INSCRIPCION		LIBRETA EMITIDA POR	
Agencia:	-	Agencia:	M. J. Franklin
Nº Poliza:	55601	Trámite:	63
Año Inacimiento 24		IMPOSICIONES ULTIMOS SEIS MESES	
Cédula Identidad	2 783 753-0	Mes y Año	Conto Nº 7 - 7/1/83
Gabinete			Conto Nº 9
CANJE CARTOLA ANTERIOR		291X-83-28X83	
Nº Trámite			
Nº Hoja			

DATOS		REPRESENTACION		SALARIOS	
Cód. Agencia	1	Cuota No	10		
RUT Emp.	D.L. 603 Casanla				
Folio	29-10-27-11-83				
Mes y Año	11/83				
Mes Compens.					
Cód. Agencia	2				
RUT Emp.					
Folio	28-11-27-12-83				
Mes y Año					
Cód. Agencia	3	Cuota No	11		
RUT Emp.	D.L. 603 Casanla				
Folio	29-12-25-1-84				
Mes y Año	1/84				
Mes Compens.					
Cód. Agencia	4				
RUT Emp.	4.388.443-3				
Folio					
Mes y Año	NOVIEMBRE				
Mes Compens.					
Cód. Agencia	6				
RUT Emp.	4.388.443-3				
Folio					
Mes y Año	DICIEMBRE 84				
Mes Compens.					



Permite Dolores Castro
viro Pedro Aguirre Borda
No 9045 Comuna
de S. Ramón

Auxteniente de las
A. F. P. y Previsión Social

Julio Bustamante

Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones

7527.-

Dolores Castro P.

DE:

A:

INP

Fecha:

01 ABR. 1991

↳ (5) de Leg. Social.

DS.

Helena P. Piquero

01 ABR. 1991

IPM.

↓

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

ORD. No. P-B 4367

16.MAY 91

ANT: Presentación
SRA. DOLORES CASTRO P.

P.S. 12479

MAT: Remite presentación.

SANTIAGO,

DE : SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES
A : SEÑOR SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

Adjunto remito a usted la presentación del antecedente, por cuanto sus contenidos son de competencia de Organismos fiscalizados por esa Superintendencia.

Por ser materia de interés para este Organismo, solicito a usted tener a bien disponer las medidas necesarias para que esta Superintendencia sea informada de los resultados de la gestión requerida por el recurrente.

Saluda atentamente a usted,



JULIO BUSTAMANTE JERALDO
SUPERINTENDENTE DE A.F.P.

c.c.: Sra. Dolores Castro P.
Villa Pedro Aguirre Cerda N°8045, San Ramón

Adj.: Lo indicado

PMC/EEB/mfq

DISTRIBUCION

- Sr. Superintendente de Seguridad Social
- Arch. División Prestaciones y Seguros
- Unidad de Beneficios
- Arch. Oficina de Partes