

ORD. No. P-B 1177

10.FEB 92

REPUBLICA DE CHILE  
PRESIDENCIA  
REGISTRO Y ARCHIVO  
NR. 92/3996  
A: 26 FEB 92  
P.A.A.  R.C.A.  F.W.M.   
C.B.E.  M.L.P.  P.V.S.   
M.T.O.  EDEC  J.R.A.   
M.Z.C.

ANT.: Su Oficio No. 92/52, recibido en esta Superintendencia con fecha 16.01.92.

P.S. 12107

MAT.: Informa sobre lo indicado.

SANTIAGO,

DE : SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

A : SEÑOR CARLOS BASCUÑAN EDWARDS  
JEFE DE GABINETE PRESIDENCIAL

1. Mediante Oficio indicado en el antecedente, usted ha remitido a esta Superintendencia la presentación que la Sra. Dolores Castro, efectúa en representación de don ADRIAN ZAPATA NILIAN.
2. Al respecto informo a usted que todas las materias planteadas en la citada presentación han sido atendidas y respondidas por este Organismo y por la Administradora en la cual el Sr. Zapata se encuentra incorporado, como consta en el expediente adjunto en el cual se incluyen 9 presentaciones por el mismo afiliado, con sus respectivas respuestas.
3. Por otra parte, me permito informar a usted que la Sra. Dolores Castro tramita beneficios de muchos otros trabajadores, tanto en este Organismo como en el Ministerio del Trabajo; las Administradoras y el Instituto de Normalización Previsional, encareciendo trámites que, de otra forma, no tendrían costo alguno para el afiliado.

Saluda atentamente a usted,

ANDRES CUNEO MACCHIAVELLO  
SUPERINTENDENTE DE A.F.P. SUBROGANTE

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES

Adj.: Antecedentes completos

PC/EER/mam

Distribución:

- Sr. Carlos Bascuñán Eduardo  
Jefe de Gabinete Presidencial
- Archivo División Prestaciones y Seguros
- Archivo Unidad Análisis de Beneficios
- Oficina de Partes y Archivo



SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES  
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

ORD. No. P-B 0126 -9.ENE92

ANT.: 1) Presentación por don Adrián Zapata Nilian.

2) Su carta DPV/1627 /91 de fecha 27.09.91.

P.S. 12107

MAT.: Solicita remitir comunicación a afiliado.

SANTIAGO,

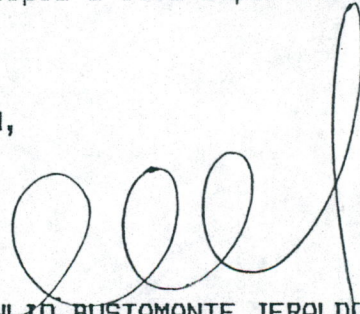
DE : SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

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

Con el objeto de facilitar la comprensión por parte del afiliado citado en el antecedente 1) de la información entregada por esa Administradora mediante carta citada en el antecedente 2), en relación a que no cumple con los requisitos para acceder a la Garantía Estatal por pensión mínima de vejez, solicito a usted remitirle una nueva comunicación, en la cual se detalle los meses que registra cotizados, tanto en este Sistema como en el Antiguo.

Lo anterior, en un plazo máximo de 10 días hábiles contado desde la fecha del presente Oficio, con copia a esta Superintendencia.

Saluda atentamente a usted,



JULIO BUSTAMANTE JERALDO  
SUPERINTENDENTE DE A.F.P.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES

PMC/EER/mam

**Distribución:**

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

Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones

29264.

ADICION ZAPOTA N.

DE:

A:

*[Handwritten signature]*

*[Green handwritten mark]*

Fecha:

06 DIC. 1991

06 DIC. 1991

*[Handwritten signature]*

5-12-91

Superintendente  
A. F. P.

SUPERINTENDENCIA  
DE A. P.  
29264 - 06.12.91  
OFICINA DE PARTES

Julio Bustamante

Solicito a Vdo. que yo  
afelo a su buen criterio  
de Vdo. para valuar al  
señor Adrian Zapata Mirian  
los años de servicios, ya que  
dice que tiene que tener  
20 años de imposiciones y  
prevision ya sea en la A.F.P.,  
yo le saque la cuenta y tiene  
justo los 20 años sacados  
total, ya sea, el Certificado  
de imposiciones, y una  
solicitud de afiliación y  
una licencia médica  
donde aparece un año y  
dos meses de S.S.S. con  
un empleado que demandó  
en 3-1987 a mayo de 88  
que esto fue por la misma  
licencia médica a la  
cual fue el mismo empleado  
que demandó el tiene el

2º parte No 4388443-3 se

Llama Sergio Francisco  
ruedas, Lhasas y donde  
trabajaba es Julio Prado  
No 2049 el telefono 747187  
nunca he un industria  
que de mandos y ay una  
escritura Publica con  
Rep. legal y finiquito en  
triplicado, yo le mando  
fotocopia y para que saque  
la cuenta de los años  
yo estuve sacando la  
cuenta el tiene en el  
certificado de nupcias  
17 años y con la demanda  
en un año y dos meses tiene  
18 años despues tiene  
33 meses por la et. F. P.  
Provida si Ud. tiene porvenir  
me a sacar lo mismo  
que yo por favor disculpen  
de le siga insistiendo por  
este caso, ya que esta en  
su derecho, a lo mejor Ud.  
no a visto esto papales que le  
mando saque la cuenta y  
ya ver que es visto todo y  
estoy un poco serfica ma

3/

por favor le solicito así  
pero le mando la fotocopia  
por favor mande a la  
misma dirección Pacho  
Otguime Beida N° 45  
Comuna de S. Pascual  
a nombre de Adrian Zapata  
Milián o nombre que  
Dolores Basto, y también  
le pido por favor si Ud.  
pueda revisarlo todo  
le doy la gracia por  
lo que pueda hacer  
ya que es una persona  
muy de edad, y nadie  
le da trabajo, y sería  
infarto todo ya que  
apena anda tal vez no  
viva tanto, esto se lo digo  
yo por que lo veo andar  
y no se puede ni lo pie  
tiene como 67 años  
y vive mas en la calle  
que donde debe la pieza  
con la señora y la señora  
es enferma también así  
que, no creo que le van  
agastar tanto al fisco  
si no la dotaría para  
pagar su pieza y comer

con poco bien nada mas.  
a suona si sigue como  
esta a lo mejor le imputan  
la fiebra, la tiene infectada  
el tiempo es de edad  
asi yo le explico a Ud.  
esto es por que es cierto  
y yo creo en Dios y  
la Virgen, por eso  
manda de la Virgen de  
Carmen hasta que yo muera  
yo tambien soy una persona  
enferma, si solicita de Ud.  
todo esto para esta persona  
es por que veo la cosa  
y la persona, ya no lo  
molesto mas, Ud. sabe si  
le puede ayudar a que  
se le haga la garantia  
estatal, yo le doy la  
gracia de saludar Ud.  
y que Dios le ilumine  
en todo

Barbara

# CERTIFICADO DE IMPOSICIONES

## I.- IDENTIFICACION DEL (EX) IMPONENTE

<u>ZAPATA</u> Apellido Paterno	<u>NILIAN</u> Apellido Materno	<u>ADRIAN</u> Nombres
<u>2. F83. P53-0</u> Carnet Identidad -D.V.	<u>99.292.553</u> Nº Inscrición	<u>55.560</u> Nº Póliza
		<u>04/41</u> Fecha Inscripción

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	08
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	08	1983	
1951		1984	
1952	06	1985	
1953		1986	
1954	11	1987	
1955	08	1988	
1956	12	1989	
1957	12	1990	

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRACION  
 DE FONDOS DE PENSIONES  
 RECIBIDO  
 09/12/91 12707 P.S.  
 DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

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

## III.- DETALLE DE IMPOSICIONES A PETICION DEL INTERESADO

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

CHAMORRO RIQUELME VERONICA  
 NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE

12 FEB 1990  
 Santiago, de 19

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE  




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



SOLICITUD DE DESAFILIACION

DECLARACION DE REMUNERACIONES Y EMPLEADOS

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

MESES	AÑO	EMPLEADO	IDENTIFICACION	IDENTIFICADO	RENTA	V. B. A. P.	TOTAL COTIZADO	TOTAL ACTUAL	TOTAL ACTUAL
01	82	SERGIO Fco. Mendez	4.388.443-3		17.940				
02	82	"	"		11.510				
03	82	"	"		9.570				
04	82	"	"		8.010				
05	82	"	"		17.600				
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		15.430				
09	82	"	"		11.510				
10	82	"	"		17.600				
11	82	"	"		6.570				
12	82	"	"		8.670-				
01	83	"	"		21.560-				
10	87	"	"		8.002				
11	87	"	"		8.002-				
12	87	"	"		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	"	"		09.260				
11	87	"	"		30.510				
12	87	"	"		32030				
01	88	"	"		31.130-				
02	88	"	"		22.450				
03	88	"	"		05.930-				
04	88	"	"		33.220				
05	88	"	"		16.160				

**FECHA DE DEPÓSITO**

FECHA DE DEPÓSITO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

CODIGO CLIENTE: [ ] VALOR CUENTA: [ ]

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE ADMINISTRACION

**MONTO A TRASPASAR**

TOTAL A PAGAR AFILIADO: [ ]

TOTAL A PAGAR CAJAS: [ ]

TOTAL A PAGAR AFILIADO: [ ]

TOTAL A PAGAR CAJAS: [ ]

\_\_\_\_\_  
FIRMA AFILIADO

*Sergio Fco. Mendez*

\_\_\_\_\_  
FIRMA AFILIADO

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

I.- IDENTIFICACION DEL RECLAMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES) <b>SERGIO MENDEZ LLAUSAS LTDA.</b>			ACTIVIDAD ECONOMICA <b>INDUSTRIA</b>
CALLE <b>JULIO PRADO</b>	NUMERO <b>2049</b>	DPTO./OFICINA <b>A</b>	COMUNA <b>ÑUÑA</b>
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL ( APELLIDO PATERNO, MATERNO, NONBRES)			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 INDIVIDULIZADOS.

<input checked="" type="checkbox"/> 1.- CONTRATO(S) DE TRABAJO	<input checked="" type="checkbox"/> 7.- REGISTRO DE ASISTENCIA PERIODO: <u>trabajados.</u>
<input checked="" type="checkbox"/> 2.- COMPROBANTE(S) PAGO REMUNERACIONES PERIODO: <u>MARZO 87 a MAYO 88</u>	<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% 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.- <u>escritura pública conste rep. legal.</u>
<input checked="" type="checkbox"/> 6.- PLANILLA(S) PAGO IMPOSICIONES INSTITUCION (ES) Y PERIODO: <u>S.S.S. MARZO 87 a MAYO 88</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 12.- <u>finiquito en triplicado.</u>
	<input type="checkbox"/> 13.- _____

NOTA: SE DEBERA EXHIBIR ADEMÁS 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 OTORGUEN 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  
4452705-1  
SANTIAGO

FISCALIZADOR (NOMBRE Y FIRMA)

99292533



DATOS INSCRIPCION		LIERETA EMITIDA POR	
Agencia:		Agencia:	M. G. P. P. P.
Nº Póliza:	55601	Trámite:	63
Año Nacimiento: 24		IMPOSICIONES ULTIMOS SEIS MESES	
2 783 753-0		Mes y Año	Salarios
Cédula Identidad	Gabinete	Cuota Nº 7 - 11/83	
CANJE CARTOLA ANTERIOR		de la cuota Nº 9	
Nº Trámite		291x-83-28x83	
Nº Hoja			

DATOS		REPRESENTACION	SALARIOS
Cód. Agencia			
RUT Emp.	D.L. 603 Cesantía Cuota No		
Folio	27-10-27 11 83		
Mes y Año	Periodo		
Mes Compens.			
Cód. Agencia	2		
RUT Emp.			
Folio	27-11-27 12 83		
Mes y Año			
Cód. Agencia	2		
RUT Emp.	D.L. 603 Cesantía Cuota No		
Folio	27-12-25 1 84		
Mes y Año	Periodo		
Mes Compens.			
Cód. Agencia	4		
RUT Emp.	4388 443-3		
Folio			
Mes y Año	COPIA		
Cód. Agencia	6		
RUT Emp.	4388 443-3		
Folio			
Mes y Año	DICIEMBRE-84		
Mes Compens.			



# 6. RECIBO PARA EL TRABAJADOR

apellido paterno ZAPATA apellido materno NILIAN y nombre de enfermo ADRIAN 137 - N° 231420

Duración licencia desde 16 05 88 hasta 23 05 88

Fecha emisión 24/05/88

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.

## MINISTERIO DE SALUD LICENCIA MEDICA

(Este formulario debe ser llenado con letra de imprenta)

### 2. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

apellido paterno ZAPATA apellido materno NILIAN nombres ADRIAN

Domicilio: calle CALLE DOMINGO No 1909 depto. N°

comuna San Miguel ciudad LA TIGRA teléfono

RUT 71000000-0 sexo  1 masculino  2 femenino edad 63

firmado por el trabajador

### 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 16 05 88 hasta 23 05 88

Recuperabilidad (marcar con una X la alternativa que corresponda):

1. sí  2. no  lugar de reposo (marcar con una X la alternativa que corresponda):

1. casa  2. hospital  3. otro

### 4. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL QUE EXTIENDE LA LICENCIA

apellido paterno MARCELO apellido materno BORZOJANO nombres

RUT 15111111-1 PROFESION (marcar con una X la alternativa que corresponda):

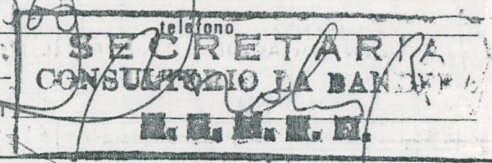
1. medico  2. dentista  3. matrona

Domicilio: calle STB. TOTAL No 529 depto. N°

comuna San Miguel ciudad LA TIGRA teléfono

Especialidad med. GEN.

Fecha emisión licencia 24 05 88 firma del profesional



## MINISTERIO DE SALUD USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD

137 - N° 231420

### 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

Autorizado por desde      hasta     

TIPO DE LICENCIA N°

Causas

código diagnóstico (marcar con una X la alternativa que corresponda) →

periodo	N° días a pagar
primero	1
continuación	2

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. Debe anotarse toda la información requerida en las Secciones 1 a la 4. La ausencia de información o escrita en forma ilegible será motivo para no aceptar la licencia. Los mismos alcances son válidos respecto a la Sección N° 7.

**PROFESIONAL:** Deberá llenar con su puno y letra los datos solicitados en las Secciones del Formulario N°s. 1 (Talón del Profesional), 2 (Identificación del Trabajador) y 4 (Identificación del Profesional que extiende la Licencia). -NOTA: Cobrar previamente hoja de papel caico bajo la Sección 1 que reproducirá los datos correspondientes en la Sección 6 (Recibo para el Trabajador). Cumplido lo anterior, el profesional procederá a desprender del block, el formulario-licencia, quedando adhienda a aquel la Sección 1.

**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 HABILES 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 últimas cotizaciones ante la AFP o Institución de Previsión, cuando el pago de subsidios corresponda efectuarlo al Servicio de Salud.

**EMPLEADOR:** En el momento de recibir la Licencia, el empleador procederá a desprender 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 debidamente completado, 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 HABILES DESDE LA FECHA DE SU RECEPCION.**

SECCION INFORME DEL EMPLEADOR:

7.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR:

MENDEZ LLANUSAS SCARGIO FRANCISCO

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 Gracia no 2049A teléfono 747187  
 calle Nueva 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 provisional del trabajador

X [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 día mes año

código caja previsión [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 n° letra n°

código AFP [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 n°

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 n° 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 inscripción.

fecha depósito día mes año	Caja de Previsión o A.F.P.	Remuneración mensual imponible excepto aquellas señaladas en ART. 10 del DFL 44/78	Subsidio	Mes al cual corresponden las impositivas		Meses cancelados solo caso Ac. Sub.
				mes	año	
				04	88	
				03	88	
				02	88	

7.4.2. Total Descuentos

Asignación familiar [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] n° cargas % bonificación ley 15.386 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] %

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 según contrato		
Salud	1,15	5,43	%	4,00	%	%
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	día	mes	año	día	mes	año				

Fecha

firma y timbre del empleador o encargado de personal

Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones

2388P

DE: \_\_\_\_\_

Dolores Castro P.

A: *Paul*

18 OCT. 1991

Fecha: \_\_\_\_\_

*OP*

18 OCT. 1991

*Arce*  
*Antony P. Lopez*

con la hora cuando recogen su cartones  
 para venderlo, para comer, le pido esto  
 personal ayudelo por favor, se que como  
 el esta no creo que viva mucho  
 tiempo, asi tiene su dinero y deya de  
 buscar cartones y paga su arriendo donde  
 esta, por que yo le dije a la señora de la  
 que le tiene una pieza arrendada, que le jetito  
 le saldra su platicita, y le va a pagar,  
 aqui a mi casa pasa cuando a veces  
 no estoy mi hijas lo ven y dice que anda  
 afuera, tiene los dedo cortado, por trabajar  
 en una muebleria, para costa los palo  
 se le corto el dedo grande y uno chico anti  
 que le diran la jubilacion, sabe que sabe  
 bien la cosa es la agencia SOS A. J. P.  
 Provida, ello ven a la persona, que yo  
 le ayudo, hacer pensión anticipada,  
 no le escribo mas hasta por favor  
 ayude a la persona que estan pensiónando  
 se anticipada, y a este caballero Adrian,  
 por favor le doy la gracia y que Dios  
 le ayude mucho, ya que a veces  
 tendra que guiar se por la ley, Saludo  
 Ud.

Dolores Castro Plaza  
 vivo Calle Pedro Aguirre Berda No 8045  
 Comuna de S. Ramon D. Castro

mucho tiempo cuando empese a enfermar me  
 esta manda es para toda una vida, Señor  
 Julio, yo le cuento esto es por que no crea  
 que tengo una casa linda, que yo gano  
 mucho dinero en lo que estoy haciendo  
 en esta jubilacion anticipada, o de  
 veces, a veces no tiene ni pasacaas docu-  
 mento ni para micro, o a veces me  
 pasan en dociento peso para que le vea  
 sin jubilacion en la S.F.P., sabe por  
 que lo hago es que me siento util y  
 aunque este son mi hijos no pueda estar  
 encerrada o costada, yo tengo que ayudar  
 algo, mucha persona no sabe, aunque yo  
 tampoco se mucho pero se aprende aunque  
 sea de edad, mi hija menor me hace  
 el almuerzo y vivo en una pieza chica para  
 que quiero mas, si estoy feliz asi, ayudo  
 a mi nieto mas chico a esta a veces en  
 las tarde con ello, sabe yo creo que Ud.  
 diria que yo gano mucha plata y me  
 estoy haciendo esto por dinero, no lo hago  
 por mi propia voluntad, quiero a base gente  
 que sufre como yo e sufrido, y como  
 toda iguales, Dios le da mas a unos y  
 a otros menos, disculpenme que le escribiera  
 esta carta contando todo esto, y le  
 pido que no se olvide de Adrian Zapata  
 por que el pasa para mi casa a veces



7-10-91

Superintendente de la

SUPERINTENDENCIA DE A.F.P.  
 SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES OFICINA DE PENSIONES  
 RECIBIDO 09.10.91 P.S. 12107  
 DIVISION PREVISIONES Y SEGUROS

Julio Bustamante

Solicito de Ud. por favor se le van a dar una pensión, por garantía Estatal a Adrian Zapata Milian Pim No 2.783.753, ya que este momento el no tiene nada, yo ayudo a la persona, en toda la circunstancia, ya sea dando a veces comida, cuando puedo ya que yo soy pobre, tambien y vivo sin mi marido, tambien vivo con cuatro hijos casado, que tienen hijos, y situación no es buena, ya que son 3 hijas y un hijo, yo tengo cinco, señor julio Ud. dira que gano, si gano a Dios ya que el me ayuda a veces en la soluciones difícil como esta que le pido a Dios y Ud. que se ayude a solucionar el problema al señor Adrian, ya que es una persona de edad, tiene la pierna, que no puede andar a veces sabe que hace para poder comer recoje cartone, y tiene su señora los

2 hijos lo abandonaron a su suerte,  
a mi vesino, me conose 40 años y sabe  
que yo e dado lo poco que a veces tengo  
en comida para ayudar, a lo que viene  
a pedir, por eso no me falta gracia  
a Dios, si cree en Dios, le pido  
Ud. que me ayude a solucionar este  
caso, me da tanta lastima ver a los  
viejito, mas viejo que yo, yo soy vieja  
no soy joven, no tengo ningún partido  
politico, mas que Dios siempre el  
nada mas, a el y pido y Ud. que ofala  
Ud. pueda solucionar este caso, yo e  
sufrido el hambre, cuando mi hijos  
estaba chico tuve que trabajar, y lo  
dejaba solo, ya que mi mundo se fue  
y yo estaba embarazada y no me daban  
trabajo, despues que nacio mi hija fui trabajar  
donde un Argentino, eso aseo, 15 años con  
el y despues con uno alemana otro 10 años  
y me engarime, por eso yo pido a Dios siempre  
nunca me falte a mi a mi hijos y a los  
demas, por eso ayudo todo esto no por que  
me van a pagar, o voy a tener mas, no quiero  
mas que mi salud, nada mas, el dinero es  
para comer, por que cuando se muere no se  
llena nada, se pide a Dios que le ayude  
a ser feliz donde el este y la Virgen del  
Cacare, ya que yo claro manda, hace

# CERTIFICADO DE IMPOSICIONES

## I.- IDENTIFICACION DEL (EX) IMPONENTE

<p><u>ZAPATA</u> Apellido Paterno</p>	<p><u>NILIAN</u> Apellido Materno</p>	<p><u>ADRIAN</u> Nombres</p>
<p><u>2.783.753-0</u> Carnet Identidad -D.V.</p>	<p><u>99.292.553</u> Nº Inscripción</p>	<p><u>55560</u> Nº Póliza</p>
		<p><u>07/4/1</u> Fecha Inscripción</p>

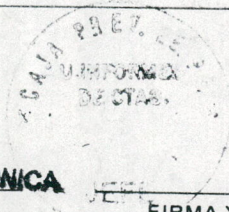
II.- El ex-Servicio de Seguro Social acredita que el (la) asegurado (a) antes individualizado (a) registra en su Cuenta Individual el siguiente período con imposiciones vigentes:

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 San Miguel  
 Observaciones: Afiliado A.F.P. Previda 1-82



CHAMORRO RIQUELME VERONICA

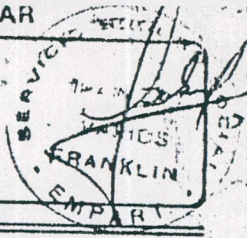
NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE

Santiago, de 12 FEB 1990 de 19

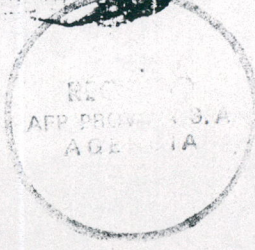
EL PRESENTE CERTIFICADO ANULA CUALQUIER OTRO ANTERIOR, NO TIENE VALIDEZ PARA EFECTOS PREVISIONALES, NO INCLUYE PERIODOS POR CONTINUIDAD DE LA PREVISION

99292533



DATOS INSCRIPCION		LIBRETA EMITIDA POR	
Agencia:		Agencia:	W. G. Franklin
Nº Poliza:	5560	Trámite:	63
Año Inicimient: 24		IMPOSICIONES ULTIMOS SEIS MESES	
Cédula Identidad	2 783 753-0	Mes y Año	Conto Nº 7 - 11 83
Gabinete			Conto Nº 9
CANJE CARTOLA ANTERIOR		291X - 83 - 28X83	
Nº Trámite			
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	en letras
Mes Compens.		
Cód. Agencia	2	
RUT Emp.		
Folio	27-12-83	
Mes y Año		
Mes Compens.		
Cód. Agencia	3	
RUT Emp.	D.L. 603 Cesantía Cuota Nº	
Folio	24-12-25 11 83	
Mes y Año	Periodo	en letras
Mes Compens.		
Cód. Agencia	4	
RUT Emp.	4.388.443-3	
Folio		
Mes y Año	OCTUBRE	en letras
Mes Compens.		
Cód. Agencia	6	
RUT Emp.	4.388.443-3	
Folio		
Mes y Año	DICIEMBRE-87	en letras
Mes Compens.		



SOLICITUD DE DESAFILIACION

DECLARACION DE REMUNERACIONES Y EMPLEADORES

RELLENE PARA LOS MESES EN QUE COTIZO EN UNA A.F.P.

MESES	AÑO	EMPLEADOR	NUT. EMPLEADOR	NO. EMPLEADO	REMUNERACION	V. B. A.F.P.	TASA COTIZ.	FACTOS ACTUAL	ESTIMADO ACTUALIZADO
11	82	SERGIO FCO. ALONSO	4.388.443-3		12.940				
12	82	"	"		11.510				
13	82	"	"		9.570				
14	82	"	"		8.010				
15	82	"	"		12.600				
16	82	"	"		8.570				
17	82	"	"		22.850				
17	82	UNIDAD HOSPITALARIA	61.608.108-K		4.620				
8	82	SERGIO FCO. ALONSO	4.388.443-3		15.930				
9	82	"	"		11.510				
10	82	"	"		12.600				
11	82	"	"		6.570				
12	82	"	"		8.670				
1	83	"	"		12.560				
2	83	"	"		8.000				
3	83	"	"		8.000				
4	83	"	"		8.700				
5	83	"	"		10.120				
6	83	"	"		10.120				
7	83	"	"		10.120				
8	83	"	"		37.230				
9	83	"	"		16.710				
10	83	"	"		16.290				
11	83	"	"		31.860				
12	83	"	"		31.260				
1	84	"	"		30.510				
2	84	"	"		32.030				
3	84	"	"		31.130				
4	84	"	"		22.450				
5	84	"	"		29.930				
6	84	"	"		33.220				
7	84	"	"		16.160				

**LA DE CERRE**

FECHA DE CERRE: [ ] [ ] [ ]

VALOR CUENTA: [ ] - [ ] = [ ]

FIRMA Y TIMBRE ADMINISTRADORA

**MENTO A TRASPASAR**

TOTAL A Pagar CASAS: [ ]

TOTAL A Pagar AFILIADO: [ ]

TOTAL A Pagar CASAS: [ ]

TOTAL A Pagar AFILIADO: [ ]

*S. Ballester*

FIRMA AFILIADO

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/OFICINA	COMUNA
JULIO PRADO	2049	A	ÑUÑO A
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 INDIVIDULIZADOS

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.- CONTRATO(S) DE TRABAJO   | <input checked="" type="checkbox"/> 7.- REGISTRO DE ASISTENCIA PERIODO: <u>trabajados.</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2.- COMPROBANTE(S) PAGO REMUNERACIONES PERIODO: <u>MARZO 87 a MAYO 88</u>                      | <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% 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.- <u>escritura pública conste rep. legal.</u>       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6.- PLANILLA(S) PAGO IMPOSICIONES INSTITUCION (ES) Y PERIODO: <u>S.S.S. MARZO 87 a MAYO 88</u> | <input checked="" type="checkbox"/> 12.- <u>finiquito en triplicado.</u>                   |
|  | <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. N° 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 OTORGUEN LAS FACULTADES DEL ART. 7° 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 3° DEL D.F.L. N° 2, DE 1967.)

MARIA IRMA VERA CRUZ  
4462705-1  
SANTIAGO

FISCALIZADOR (NOMBRE Y FIRMA)

SECCION INFORME DEL EMPLEADOR :

7.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR :

WENDEZ LAZUSAS SERGIO FRANCISCO

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

Julín Prado
calle
Núñoa
comuna

n° 2049A teléfono 74 7187

Santiago
ciudad

7.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR :

Form with checkboxes for Regimen de Previsión (1, 2, 3, 4, 5, 6), Caja Previsión o AFP, Fecha afiliación actual entidad, Fecha del contrato de trabajo, Entidad que debe pagar el subsidio, and Nombre entidad pagadora subsidio.

7.3 IDENTIFICACION PREVISIONAL DEL TRABAJADOR :

Tiene librete impositivos 1 si 2 no anotar no librete

completar sección n° 7 levantando 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 abonos, correspondientes a los últimos 3 meses o 6 meses en el caso de los independientes y voluntarios afiliados a la...

Table with 7 columns: fecha depósito, Caja de Previsión o A.F.P., Remuneración mensual imponible excepto aquellas señaladas en ART.10 del DFL 44/78, Subsidio, Mes al cual corresponden las impositivos, No días cancelados caso Acc. Trab.

7.4.2. Total Descuentos

Table with 7 columns: Tipo de Descuento de cargo del Trabajador, regimén de previsión (antiguo DL 3501, nuevo DL 3500) with variación %, % a descontar, and % bonificación ey 15.386

7.5 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Table with columns: Diagnóstico, total días, desde (día, mes, año), hasta (día, mes, año)

Fecha and signature of the employer or responsible person.

firma y timbre del empleador o encargado de personal

FECHA DE SU RECEPCION. El formulario-licencia así debidamente cumplido debe 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 HABILES DESDE...

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

Form for 'código diagnóstico' and 'la alternativa que corresponda' (marcar con una X) with a grid for 'periodo' and 'N° días primero/continuación a pagar'.

(Este formulario debe ser llenado con letra de imprenta)

CIBO PARA EL TRABAJADOR

ZAPATA

NILIAN

ADRIAN 137 -

Nº 231420

apellido paterno

apellido materno

y nombre de enfermo

Duración licencia

008

Nº días

desde

16 05 88

día mes año

hasta

23 05 88

día mes año

Fecha emisión

24/05/88

firma, timbre empleado 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.

apellido paterno

LICENCIA MEDICA

MINISTERIO DE SALUD

(Este formulario debe ser llenado con letra de imprenta)

SECCION

2. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ZAPATA NILIAN ADRIAN

apellido paterno

apellido materno

nombres

Nº 1989

depto. Nº

Domicilio: calle

San Domingo

comuna

San Rosendo

ciudad

SANTIAGO

teléfono

RUT

00000000-0

cédula de identidad

sexo

1 masculino

2 femenino

63

edad

firmado por trabajador

SECCION

3. CAUSA DE LA LICENCIA

DIAGNOSTICO

Estados patológicos concomitantes de significación y/o Antecedentes

Contagio por VIH

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

008

Nº días

desde

16 05 88

día mes año

hasta

23 05 88

día mes año

Recuperabilidad

(marcar con una X la alternativa que corresponda)

1. sí

2. no

lugar de reposo

(marcar con una X la alternativa que corresponda)

1. casa

2. hospital

3. otro

SECCION

4. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL QUE EXTIENDE LA LICENCIA

MARCELO BOZADAN

apellido paterno

apellido materno

nombres

RUT

00000000-0

cédula de identidad

PROFESION (marcar con una X la alternativa que corresponda)

1. médico

2. dentista

3. matrona

Domicilio: calle

San Pedro

comuna

San Miguel

ciudad

Santiago

teléfono

depto. Nº

Especialidad

Med. Gen. 24 05 88

Fecha emisión licencia

día mes año

firma del profesional

SECRETARIA CONSULTORIO LA BARRA

SECCION MINISTERIO DE SALUD

USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD

137 - Nº 231420

5. RESOLUCION DEL SERVICIO DE SALUD

ESTABLECIMIENTO

serv. salud	Nº correlativo
uso exclusivo servicio salud	

apellido paterno apellido materno y nombre trabajador

(marcar con una X la alternativa que)

TIPO DE LICENCIA





AGENCIA

805

SOLICITUD GARANTIA ESTATAL - DECLARACION JURADA SIMPLE

FECHA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

En Santiago, a 25 de Julio de 1991.  
Yo, don(ña) José Zapate Nican Adrián  
R.U.T. 2.722.753-0, de nacionalidad Chileno  
de estado civil Casado, de profesión Pensionado  
domiciliado en Pedro Egure Indio 3045  
comuna de San Ramón.

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:

1. No ser pensionado(a) de ninguna institución previsional del régimen antiguo.
2. 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 \$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
3. 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 \_\_\_\_\_.
4. 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.
5. 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 \_\_\_\_\_

Remite Dolores Cortés Plaza  
vivo calle Pedro Aguirre Erida  
No 8055 Comuna de S. Ramón

Superintendente

A. f. P.

Julio Bustamante

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES  
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

ORD. No. P-B **10738** 27.NOV91

ANT.: Su presentación por el Sr. Adrián Zapata Nilian.

P.S. 12107

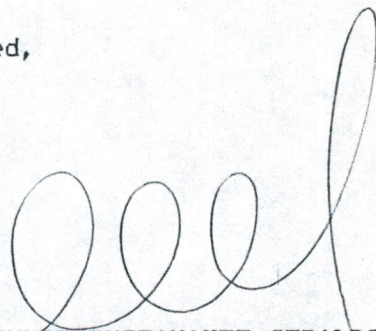
MAT.: Reitera requisitos para solicitar Garantía Estatal.

SANTIAGO,

DE : SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES  
A : SEÑORA DOLORES CASTRO PLAZA

Me permito reiterar a usted la información que le fuera proporcionada al afiliado del antecedente en septiembre de 1991 por A.F.P. Provida S.A., en el sentido de que para tener derecho a Garantía Estatal por Pensión de Vejez, debe reunir 20 años de cotizaciones en cualquier sistema previsional.

Saluda atentamente a usted,



JULIO BUSTAMANTE JERALDO  
SUPERINTENDENTE DE A.F.P.

HMC/EER/POM/mam

Distribución:

- Sra. Dolores Castro Plaza  
Pedro Aguirre Cerda 8045, Pob. Nueva San Ramón  
Comuna de San Ramón, Santiago
- Archivo División Prestaciones y Seguros
- Archivo Unidad Análisis de Beneficios
- Oficina de Partes y Archivo

Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones

25639.

DOLORES CASTRO P.

DE: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

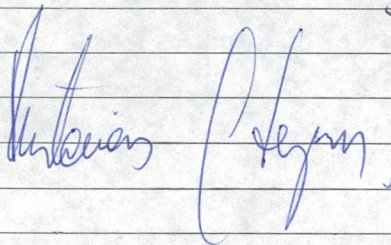
Fecha: 28 OCT. 1991

Brief.

"Derechos a J. Gestetal"

Provide

28 OCT. 1991



28-

SUPERINTENDENCIA  
DE A. F. P.  
25637 28.10.91  
OFICINA DE PARTES

Superintendente de  
de fondos de Pensio y Seguro  
A.F.P.

Administradora DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES  
RECIBIDO P.S.  
30.10.91 12107  
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

Julio Bustamante

Solicito de Uds si puede desirme  
por favor si Adrian Zopata Nohian  
Rur No 2.783.753-0, tiene derecho  
a la Garantia Estatal, el necesita saber  
ya que esta desesperado, por que no tiene  
como vivir, este momento recoge cortones  
para comer, yo le pido si Uds amable  
y diga, si tiene derecho, si o no, si lo  
tuviera el puede seguir pagando su  
arriendo de la pieza a la cual debe,  
y vivir con su señora ahora deben el  
arriendo, si no lo han hechado es  
por que llegan toda la carta a mi  
casa y la señora que le arrienda  
no sabe esto problema ni no lo  
mandarica a hechar de una pieza  
que esta viviendo y no pasa por no  
decirle nada, y con los cortones comen  
asi por favor diga Uds si tiene derecho  
yo le mandado, papeles y papeles, y no

en tienda nada, a mi me  
dijeron que Ud. como superintendente  
sabe, y la otra parte que el es muy  
de edad para trabajar, no le dan  
trabajo, tiene miedo, que le pase lo  
que le paso con la sierra electrica  
de la Mulleria donde estaba ante, por  
favor conteste a mi domicilio en  
calle Pedro Aguirre Cerda N° 8045  
Comuna de S. Ramón Poblacion Nueva  
S. Ramón, espere su contestación,  
gracia y que Dios le Obendiga  
toda lo que Ud. pueda hacer por el

metrosuorio Saludo Ud.

Costo

es de la C.A.F.P. Provida  
el se estaba pagando y no siguieron  
pagando hasta que saliera su  
garantia estatal

Permite Dolores Castro Plaza  
viva calle Pacho ~~85~~ Juarez  
Cerca No 8045 Comuna de  
S. Pramon Poblacion  
mura S. Pramon



Superintendente de Administradores  
de fondo de pensiones Seguro  
de la A. F. P.

Julio Bustamante

Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones

17521

DE:

A:

ADILIAN ZAPATA N°.

Fecha:

24 JUL. 1991

7

24 JUL 1991

Pensiones Seguros

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES  
RECIBIDO 23 - 8 - 91 P.S.  
6089  
DIVISION PRESTA SERVICIOS DE SEGUROS 12707

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES  
017521  
OFICINA DE PARTIDAS

Superintendente de las A.F.P.

de Provida

Julio Bustamante

Solicito de vdo. si puede ayudarme para, que me pueda pagar en la A.F.P., ya que me pagaron menos y, yo tengo que pagar mi pieza para dormir y para comer, fui a pagarme y me tenia menos dinero y estoy desesperado por que soy una persona de edad, y no puedo trabajar ya que me coste en decto por trabajar en una muebleria, yo le pido esto, ya que la otra vez me quisieron desafilarme y me recisti, asi que me pagaba pero nunca me dijieron que tenia que firmar una garantia Estatal, y que no tengo derecho a Bono yo le escribi a la Superintendencia de Seguridad Social para que me vea si

tengo derecho o no, yo lo  
único que quiero es saber si  
pueden pagarme todo los meses  
ya que tengo que vivir y estoy  
sin trabajo, yo le pido este  
gran favor para que me  
ayude, como lo hizo la otras  
veces, yo le mando fotocopia de  
los pago, y libreta de S.S.S., yo  
necesito saber para estar tranquilo  
por favor si puede contestarme  
a la dirección Pedro Aguirre Corda  
No 8045 Comuna de S. Ramón Población  
Nueva S. Ramón, yo me llamo  
Adrian Zapata Milien, y mi  
Pam es 2703.753.0 y nací en  
1924, por favor contestarme  
yo voy estar esperando lo que  
sea pero quiero saber como  
va a quedar mi situación de  
mi jubilación por meses, le  
doy la gracia por lo que Ud.  
pueda hacer Saludo Ud.

Adrian Zapata

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	ÑUÑO A
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL ( APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES)			R.U.T.

II.- OBJETO DE LA CITACION

INVITARE CONCURRIR A ESTA INSPECCION DEL TRABAJO, UNIDAD DE COMPARENDOS, EL DIA 14 DE junio DE 1988, 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: <u>trabajados.</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2.- COMPROBANTE(S) PAGO REMUNERACIONES PERIODO: <u>MARZO 87 a MAYO 88</u>                      | <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% 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: <u>S.S.S. MARZO 87 a MAYO 88</u> | <input checked="" type="checkbox"/> 12.- finiquito en triplicado.                          |
|  | <input type="checkbox"/> 13.- _____  |

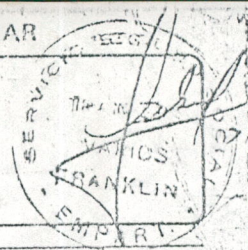
NOTA: SE DEBERA EXHIBIR ADEMAS EL R.U.T. DEL EMPLEADOR Y DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE PERSONA JURIDICA)

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. N° 2, DE 1967, DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISION CIAL.

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 OTORGUEN LAS FACULTADES DEL ART. 7° 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 3° DEL D.F.L. N° 2, DE 1967.)

MARIA IRMA VERA - CRUZ  
4462705-1



DATOS INSCRIPCION		LIBRETA EMITIDA POR	
Agencia: _____	_____	Agencia: <i>W. G. Franklin</i>	_____
Nº Póliza: <i>55560</i>	_____	Trámite: <i>63</i>	_____
Año Nacimiento <i>24</i>		IMPOSICIONES ULTIMOS SEIS MESES	
Cédula Identidad <i>2.783.753-0</i>		Mes y Año	Salarios
Gabinete		<i>Junio N° 7 - 11/83</i>	<i>Quilo auto N° 9</i>
CANJE CARTOLA ANTERIOR		<i>291X - 83 - 28X8</i>	
Nº Trámite		_____	
Nº Hoja		_____	

DATOS		REPRESENTACION	SALARIOS
Cód. Agencia	1		
RUT Emp.	<i>D.L. 603 Casanilla Cuota N°</i>	<i>0</i>	\$ _____
Folio	<i>29-10-27 11 83</i>	<i>Cargas X</i>	en letras
Mes y Año	<i>Periodo.</i>		
Mes Compens.			
Cód. Agencia	2		
RUT Emp.			\$ <i>11</i>
Folio	<i>98-11-27 12 83</i>		en letras
Mes y Año			
Cód. Agencia	3		
RUT Emp.	<i>D.L. 603 Casanilla Cuota N°</i>	<i>0</i>	\$ _____
Folio	<i>28-12-25 11 83</i>	<i>Cargas</i>	en letras
Mes y Año	<i>Periodo.</i>		
Mes Compens.			
Cód. Agencia	4		
RUT Emp.	<i>4.388.443-3</i>		\$ <i>8.000 =</i>
Folio	<i>11/84</i>		en letras
Mes y Año			
Mes Compens.			
Cód. Agencia	5		
RUT Emp.	<i>4.388.443-3</i>		\$ _____
Folio			en letras
Mes y Año	<i>NOVIEMBRE-83</i>		
Mes Compens.			
Cód. Agencia	6		
RUT Emp.			\$ _____
Folio			en letras
Mes y Año			
Mes Compens.			
Cód. Agencia	7		
RUT Emp.			\$ _____
Folio			en letras
Mes y Año			
Mes Compens.			
Cód. Agencia	8		
RUT Emp.			\$ _____
Folio			en letras
Mes y Año			
Mes Compens.			



NOMBRE SEGUURADO

Apellido: Lopez, Nombre: Adnan

NOMBRES

PAPELLIDO PATERNO

NUMERO DE INSCRIPCION

99.29.1.153

TIMBRE AGENCIA LOCAL EMISORA



Cód. Agencia	13	
RUT Emp.		\$ .....
Folio		en letras
Mes y Año		
Mes Compens.		
Cód. Agencia	14	
RUT Emp.		\$ .....
Folio		en letras
Mes y Año		
Cód. Agencia	15	
RUT Emp.		\$ .....
Folio		en letras
Mes y Año		
Mes Compens.		
Cód. Agencia	16	
RUT Emp.		\$ .....
Folio		en letras
Mes y Año		
Mes Compens.		
Cód. Agencia	18	
RUT Emp.		\$ .....
Folio		en letras
Mes y Año		
Mes Compens.		
Cód. Agencia	20	
RUT Emp.		\$ .....
Folio		en letras
Mes y Año		
Mes Compens.		

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

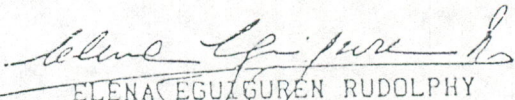
CONSIDERANDO:

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 EGUIGUREN RUDOLPHY  
Superintendencia de A.F.P.

43  
LER/CGM/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





ADMINISTRADORA  
DE FONDOS DE PENSIONES  
PROVIDA S.A.

## FICHA DE CALCULO RETIRO PROGRAMADO

FECHA DE EMISION  
03 / 02 / 91

**A. IDENTIFICACION CAUSANTE**

NOMBRE  
ZAPATA NILIAN ADRIAN

TIPO DE PENSION  
VEJEZ

NUMERO DE PENSION  
509513-3

**B. SALDO CUENTA CAPITALIZACION INDIVIDUAL, REGISTRO OBLIGATORIO**

CUOTAS DEL FONDO  
132,45

PESOS  
196.052,49

UNIDADES DE FOMENTO  
32,48

VALOR U.F. 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**

CCD SALUD  
1

MODAL  
1

AGE TRAM  
700

ESTADO  
9

CCD ACT  
1

EXPEDIENTE  
3 9003 1510

INSTITUCION DE SALUD  
FONASA (1)

**E. CAPITAL NECESARIO GRUPO FAMILIAR**

ITEM	AFILIADO / BENEFICIARIO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CCD. 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	30	12	10,564	100,000	0,26
TOTAL								10,564		

**F. ANUALIDAD EN U.F.**

REGISTRO OBLIGATORIO 3,07  
REGISTRO VOLUNTARIO 0,00  
TOTAL 3,07

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  
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 TIMBRE DE AFP PROVIDA S.A.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES  
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

ORD. No. P-B 1500

13.FEB 91

ANT.: Desistimiento Sr. Adrián Zapata Nilián.

P.S. 12107

MAT.: Deja sin efecto Resolución de desafiliación.

SANTIAGO,

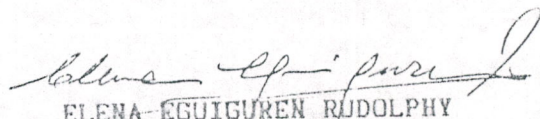
DE : SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

A : SENOR SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

Adjunto remito a usted Resolución que deja sin efecto la Resolución No 11.931 del 07.12.90 perteneciente al Sr. ADRIAN ZAPATA NILIAN.

Saluda atentamente a usted,

Por orden del Sr. Superintendente

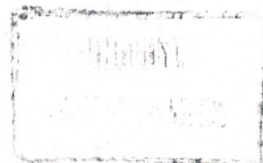
  
ELENA EGUIGUREN RUDOLPHY  
SUPERINTENDENCIA DE A.F.P.S.

SUPERINTENDENCIA DE A.F.P.S.  
DE FONDOS DE PENSIONES

EEK/CGM/cps.

Distribución:

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



ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES PROVIDA S.A.  
 Agustinas 1490, Fono 6970040, Casilla 1879, Santiago

LIQUIDACION DE PENSIONES D.L. 3.500 DEL 4 DE NOVIEMBRE DE 1980

N° 206294

NOMBRE  
 ZAPATA NILIAN ADRIAN  
 DIRECCION  
 PEDRO A. CERDA 8045 PB. SN RAM  
 CIUDAD COMUNA N CUENTA  
 SANTIAGO SAN RAMON 7211703237

PERIODO DE PAGO : 01.07.91 AL 31.07.91 PENSION: 50961328  
 CAUSANTE : ZAPATA NILIAN ADRIAN  
 RUT. CAUSANTE : 2.783.753-0 RUT. RECEPTOR : 2.783.753-0  
 TIPO DE PENSION : VEJEZ INS. DE SALUD : FONASA (1)  
 OPCION PENSION : RETIRO PROGR. CIA. DE SEGUROS :

FECHA DE PAGO : 22 DE JUL DE 1991  
 PROXIMO PAGO :  
 VALOR UF CF : 7.533,35

ITEM	BENEFICIARIO	UF CF	HABERES (MAS)			DESCUENTOS (MENOS)			LIQUIDO A PAGAR
			PENSION BRUTA	GARANTIA ESTATAL	ASIG. FAMILIAR	SALUD	IMPTO. UNICO	OTROS DESCOTOS	
1	ZAPATA NILIAN ADRIAN		3.380,00		2.533,00	237,00			5.673,00
3026	TOTALES		3.380,00		2.533,00	237,00			5.673,00

1.- NOMBRE DEL CAUSANTE :	ZAPATA NILIAN ADRIAN		
2.- SALDO CUENTA INDIVIDUAL AL 23 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 ADMINISTRADO

7.- SALDO MINIMO REQUERIDO PARA OPTAR POR EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICION (DEBE ACREDITAR LAS REMUNERACIONES 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. 3/2008/01610  
 AGENCIA 700  
 SECUENCIA 247

CERTIFICADO DE SALDO Y ESTIMACION RENTA TEMPORAL POR UNIDAD DE SALDO

---

1 - NOMBRE DEL AUSANTE : ZAPATA MILIAN ADRIAN

FECHA 20/11/90

6 - MONTO ESTIMADO RENTA TEMPORAL MENSUAL POR UNIDAD DE SALDO

2 - SALDO CUENTA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL

	CUOTAS	PESOS	U. FOMENTO	PERIODO	U. DE FOMENTO
2.1- CAPITAL ACUMULADO AL 23 DE JUNIO DE 1990	132,45	196.052,49	32,48	1	0,0837
2.2- BONO DE RECONOCIMIENTO				2	0,0426
2.3- APOORTE ADICIONAL				3	0,0290
				4	0,0222
				5	0,0182
2.4- TRASPASO CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO				6	0,0155
#				7	0,0135
				8	0,0121
				9	0,0110
TOTAL	132,45	196.052,49	32,48	10	0,0101
				11	0,0093
				12	0,0087
3 - VALOR CUOTA AL 23 DE JUNIO DE 1990 (ULTIMO DIA MES ANTERIOR AL DEVENGAMIENTO PENSION)				13	0,0082
				14	0,0078
4 - VALOR U. DE FOMENTO AL 23 DE JUNIO DE 1990 (ULTIMO DIA MES ANTERIOR AL DEVENGAMIENTO PENSION)				15	0,0074
				16	0,0071
5 - RENTA VITALICIA MINIMA PARA OPTAR A EXCEDENTE DE LIBRE DISPOSICION (3)				17	0,0069
NOTAS			U. FOMENTO	18	0,0066
(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 TRASPAGADOS LOS FONDOS NECESARIOS PARA EL PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO DE RENTA VITALICIA DIFERIDA.				19	0,0063
				20	0,0061
				21	0,0060
				22	0,0059
(2) LA RENTA TEMPORAL FUE DETERMINADA CON LA TASA DE INTERES VI GENTE EQUIVALENTE AL 4,60% ANUAL				23	0,0056
				24	0,0055
				25	0,0054
				26	0,0053
				27	0,0052
(3) SI DESEA ESTA INFORMACION, DEBERA CONCURRIR A LA ADMINISTRADORA A FIN DE ACREDITAR REMUNERACIONES ULTIMOS DIEZ AÑOS.				28	0,0051
				29	0,0050
				30	0,0049

A. F. P. PROVIDA S.A.  
SUBSIDIARIA BENEFICIOS  
DEPARTAMENTO DE PENSIONES  
DE VELEZ

FIRMA Y TIMBRE AFP PROVIDA S.A.

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

Remite Adrian Zapata  
viviendo en calle Pecho  
a guisa de casa  
No 8045 comuna  
de S. Ramiro

Superintendente de los  
O. F. P. de Providence

Julio Bustamante

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES  
DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

ORD. No. P-B

1500

13.FEB 91

ANT.: Desistimiento Sr. Adrián Zapata  
Nilián.

P.S. 12107

MAT.: Deja sin efecto Resolución de  
desafiliación.

SANTIAGO,

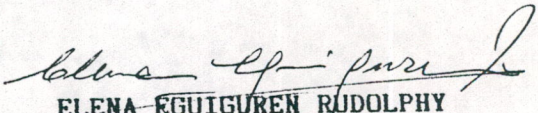
DE : SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES


A : SENOR SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

Adjunto remito a usted Resolución que deja sin efecto la Resolución  
No 11.931 del 07.12.90 perteneciente al Sr. ADRIAN ZAPATA NILIAN.

Saluda atentamente a usted,

Por orden del Sr. Superintendente

  
ELENA EGUIGUREN RUDOLPHY  
SUPERINTENDENCIA DE A.F.P.

  
EER/CGM/cps.

Distribución:

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



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

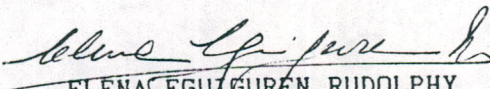
CONSIDERANDO:

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  
SER/CGM/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

Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones

URGENTE.

2304 ✓

DE: \_\_\_\_\_

ADRIAN ZAPATA N.

25 ENE. 1991

A: beneficiarios

Fecha: \_\_\_\_\_

(C) ✓

Nota: Suicidio = al de Solares Castro

Anteaciones P. Rojas

25 ENE. 1991

*[Handwritten signature]*

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES

002304

25 ENE. 91

OFICINA DE PARTES

Señor

Superintendente de Administradoras

de fondos de pensiones

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES

RECIBIDO Seguro P.S.

29.01.91

12107

Julio Bustamante

DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS

Saludo Ud. pido por favor  
si puede ayudarme a que  
mi pensión siga pagandome  
en Provida ya que estoy a  
costado a pagarme en  
la C.F.P. que queda en la  
gran ciudad para daro  
18 Provida por favor no  
quiero que me desafilie  
por motivo que yo, estado  
enfermo, yo no quiero estar  
saliendo para toda parte por  
temer mi prima no muy  
bien le aguse a Ud. que  
me ayudara para no  
me desafilie por favor se  
lo voy agradecer aqui luego  
la carta donde dice que  
yo tengo que mandarle

DE FONDO DE PENSIONES  
MEMBER OF ADMINISTRACION  
008200  
22 FEB 91

a Ud y mi nombre  
y Adrian Zapata mi hijo  
Put 2703.753-0, ofala  
me cambien o me hospeden  
de el antiguo dictadura mi  
fondo, yo quiero seguir pagando  
me en Provida, y soy muy  
de edad. para estar para oca  
y para toda le doy  
la gracia si me ayuda  
saludo Ud,

es [Signature]

por favor contestar  
a mi Preceptor  
Pedro Aguirre Berda  
8045 Comuna 8  
Parral

ORD. No. P-B 0511 16.ENE91

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

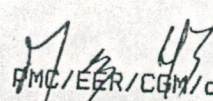
A : SEÑORA DOLORES CASTRO PLAZA

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.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS  
DE FONDOS DE PENSIONES

  
FMC/EZR/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

Primita A Diana Zapatec  
Pedro 22. Pedro A. Gama  
Cada 8045  
Comuna San  
Pedro

Senor

Suplemento de  
de Administracion  
de fondo de pensiones

Julio Bustamante