

Libro I, Título II Desafiliación, Anexos

Anexo N° 1 Solicitud de Desafiliación

LOGOTIPO.AFP N° DE IDENTIFICACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN AFILIADO

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			SEXO		NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
RUT						FECHA NACIMIENTO		LUGAR NACIMIENTO		FECHA INGRESO NUEVO SISTEMA				
<input type="text"/>						<input type="text"/>		<input type="text"/>		MES:		AÑO:		
CALLE		N°	DEPTO.		COMUNA		CIUDAD		FONO		CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

II. ANTECEDENTES DESAFILIACIÓN

TIPO DE DESAFILIACIÓN: NO TIENE DERECHO A BONO DE RECONOCIMIENTO

CAJA O INSTITUCIÓN DE PREVISIÓN EN QUE COTIZÓ POR ÚLTIMA VEZ ANTES DE INGRESAR AL NUEVO SISTEMA:	PERÍODO APROXIMADO				SÓLO PARA LAS CAJAS SEÑALADAS EN NOTAS (2)	EMPLEADORES:	
	DESDE	HASTA				N° INTERNO O INSCRIPCIÓN	RUT
	MES	AÑO	MES	AÑO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTRAS CAJAS O INSTITUCIONES EN QUE ESTUVO AFILIADO ANTERIORMENTE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTAS:

- (1) Los que simularen cualquier calidad, sea de empleado u obrero, y los empleadores que se caludieren con aquéllos, con el fin de obtener la percepción de beneficios de previsión, serán sancionados con las penas de prisión o reclusión menores en su grado máximo. Asimismo, serán sancionados quienes oculten dolosamente datos o proporcionen datos falsos (Artículos 41 y 42 Ley N° 12.084).
- (2) Cajas:
 - Servicio de Seguro Social
 - Caja de Previsión de la Marina Mercante – Sección Tripulantes

III. SUSCRIPCIÓN

 FIRMA Y TIMBRE RECEPCIÓN ADMINISTRADORA
 NOMBRE Y CÓDIGO REPRESENTANTE AFP

 FIRMA AFILIADO

 FECHA SOLICITUD (DÍA/MES/AÑO)

NÚMERO FOLIO: _____

IV. DECLARACIÓN DE REMUNERACIONES Y EMPLEADORES | llene para los meses en que cotizó en una AFP |

Días Trabajados	Mes	Año	Empleador	RUT Empleador	Fono Empleador	Tipo Empleador	Tipo Remuneración	Remuneración	Tasa Cotización	Factor Actualización	Cotización Actualizada
Monto Total Cotización Actualizado (1)											
Número Total de Meses Cotizados											

Dejo constancia estar de acuerdo con los datos consignados en la presente Declaración de Remuneraciones y Empleadores _____

Firma y Fecha

TIPO EMPLEADOR

- 01: Público
- 02: Bancario
- 03: Particular
- 04: Otro

TIPO REMUNERACIÓN

- 01: Subsidio
- 02: Gratificación
- 03: Bonificación
- 04: Renta

V. Hoja de Cierre | (llenar por la AFP sólo si el informe previo es favorable)

FECHA DE CIERRE: Día Mes Año

FONDO	SALDO EN CUENTAS	VALOR CUOTA	SALDO EN PESOS (2)
A			
B			
C			
D			
E			
TOTAL CUOTAS			

 FIRMA Y TIMBRE AFP

VI. Monto a Traspasar | (llenar por el IPS después de calcular (1) y de que la AFP haya llenado la sección V)

Si (1) es igual a (2) Total Pagar Cajas = (1)	Si (2) es mayor que (1) Total Pagar Cajas = (1) Total a pagar afiliado = (2) - (1)	Si (2) es menor que (1) Total Pagar Cajas = (2) Monto a descontar afiliado = (1) - (2)
--	--	--

 FIRMA Y TIMBRE IPS

Nota de actualización: Este Anexo fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 97, de fecha 10 de diciembre de 2013.