

Tipo Solicitante :
1 = Titular
2 = Mandatario

REGION			AFP			SUCURSAL			FECHA DE RECEPCION		
DIA	MES	AÑO							DIA	MES	AÑO

Documentación Recepcionada :

Original Poder Notarial Fotocopia Poder Legalizada Finiquito Carta de Despido Liquidación de Sueldo Otros Detallar _____

SECCION 1: DATOS DEL AFILIADO : (Dejar un espacio en blanco entre los apellidos y nombres)

RUT		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
FECHA NACIMIENTO		SEXO		PROFESION U OFICIO		ESTADO CIVIL	
DIA	MES	AÑO	1.- Masc. <input type="checkbox"/>			Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>
			2.- Fem. <input type="checkbox"/>			Casado (a) <input type="checkbox"/>	
NIVEL DE EDUCACION <input type="checkbox"/>		1= Sin Estudios 2= Educ. Básica 3= Educ. Media Científica - Humanista 4=Media Técnica - Profesional 5= Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional 6= Universidad Pregrado 7= Universidad Postgrado				N° de Años Aprobados <input type="text"/>	
DOMICILIO ACTUAL							
Calle		N°	Depto. N°/ Block/ Sector/ Población/ Villa		Región	Ciudad	Comuna
Código Postal		Teléfono		E-Mail			

SECCION 2: DATOS DEL EMPLEO : (Llenar por la Agencia de acuerdo al finiquito)

CODIGO

1.- CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA

2.- NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR

RUT EMPLEADOR

FECHA TERMINACION DE RELACION LABORAL

DIA MES AÑO

2.1 DOMICILIO

CALLE	N°	DEPTO.	POBL. / VILLA	COMUNA	REGION	TELEFONO

3.- CAUSAL DE TERMINO DE CONTRATO

(1) Art. 159 N° 1 : Mutuo acuerdo	<input type="checkbox"/>
(2) Art. 159 N° 2 Renuncia	<input type="checkbox"/>
(3) Art. 159 N° 4 : Vencimiento del plazo	<input type="checkbox"/>
(4) Art. 159 N° 5 : Término del trabajo o servicio	<input type="checkbox"/>
(5) Art. 159 N° 6 : Caso fortuito o fuerza mayor	<input type="checkbox"/>
(6) Art. 160 : Causal imputable al trabajador	<input type="checkbox"/>
(7) Art. 161 : Necesidades de la empresa	<input type="checkbox"/>
(8) Art. 171, inciso 1	<input type="checkbox"/>

SECCION 3: OPCION FONDO DE CESANTIA SOLIDARIO

Sólo para trabajadores con causal de despido : **OPTA AL FONDO SOLIDARIO**

Art. 159 -N° 6 o Art. 161, ambos del Código de Trabajo. SI NO

Sección 3.1: Carga Familiar (Sólo si opta Fondo de Cesantía Solidario)

N° Cargas Monto Pagado Ultima Liq. Sueldo \$

SECCION 4 : OTRAS INFORMACIONES

SELECCION MODALIDAD DE PAGO

1.- Efectivo

2.- Cheque nominativo domicilio

3.- Giros postales o radiales

4.- Depósitos en :
a) Cta. Cte.
b) Cta. Ahorro
c) Cta. Vista

En caso del N° 4a o 4b indicar: Nombre Banco y Suc. : N° Cta. Cte., Vista o Ahorro:

FECHA DEL PRIMER PAGO PRESTACION : LUGAR DE PAGO :

SECCION 4.1 : ACTUALIZACIONES

ACTUALIZA BENEFICIARIOS SI NO

En caso de actualizar beneficiarios adjuntar formulario definido para este efecto.

SECCION 5 : MANDATARIO

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

OBSERVACION LA AGENCIA DEBERA RECEPCIONAR ORIGINAL DEL PODER LEGAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA ANTE NOTARIO

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE SOLICITUD CORRESPONDEN FIELMENTE A LA VERDAD.

FIRMA DEL TRABAJADOR
O DEL MANDATARIO

CERTIFICO QUE HE TENIDO ANTE MI VISTA LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE : FINIQUITO Y AUTORIZACION DE CARGAS FAMILIARES, SI CORRESPONDE Y QUE LOS DATOS ALLI CONSIGNADOS CORRESPONDEN A AQUELLOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD.

FIRMA - TIMBRE
NOMBRE Y RUT FUNCIONARIO AFC