**EL COMITÉ DE NORMAS DEL BANCO CENTRAL DE RESERVA DE EL SALVADOR,**

**CONSIDERANDO:**

1. Que mediante Decreto Legislativo No. 614, del 20 de diciembre de 2022, publicado en el Diario Oficial No. 241, Tomo No. 437, del 21 de diciembre del mismo año, se emitió la Ley Integral del Sistema de Pensiones.
2. Que de conformidad al artículo 12 de la Ley Integral del Sistema de Pensiones, los afiliados podrán traspasarse de una Administradora a otra, estableciendo para ello, las condiciones bajo las cuales se realizarán los referidos traspasos, así como el correspondiente traslado de recursos.
3. Que el artículo 159 de la Ley Integral del Sistema de Pensiones establece que el Banco Central de Reserva de El Salvador emitirá las Normas Técnicas necesarias que permitan el desarrollo de lo establecido en la referida Ley.

**POR TANTO,**

en virtud de las facultades normativas que le confiere el artículo 99 de la Ley de Supervisión y Regulación del Sistema Financiero,

**ACUERDA,** emitir las siguientes:

**NORMAS TÉCNICAS PARA LOS TRÁMITES DE TRASPASOS ENTRE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES**

**TÍTULO I**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO ÚNICO**

**OBJETO, SUJETOS Y TÉRMINOS**

**Objeto**

1. El objeto de las presentes Normas es establecer los procedimientos para el traspaso de afiliados entre Administradoras de Fondos de Pensiones.

**Sujetos**

1. Los sujetos obligados al cumplimiento de las disposiciones establecidas en las presentes Normas son las Administradoras de Fondos de Pensiones.

**Términos**

1. Para efectos de las presentes Normas, los términos que se indican a continuación tienen el significado siguiente:
2. **Acreditación:** Proceso mediante el cual la Administradora de Fondos de Pensiones, realiza el correcto abono y asignación proporcional de la cotización del afiliado titular en su Cuenta Individual de Ahorro para Pensiones y en el registro de la Cuenta de Garantía Solidaria correspondiente;
3. **Afiliado:** Toda persona que mantiene una relación con una Administradora de Fondos de Pensiones, mediante la suscripción de un contrato de afiliación. Para el caso de las presentes Normas, en lo relacionado al tema de Traslados se entenderá como Afiliado No Pensionado;
4. **AFP:** Administradora de Fondos de Pensiones;
5. **AFP de destino:** Aquella AFP a la que desea traspasarse el afiliado;
6. **AFP de origen:** Aquella AFP en que se encuentra el afiliado en el momento en que solicita el traspaso;
7. **Agente:** Agente de Servicios Previsionales;
8. **Banco Central:** Banco Central de Reserva de El Salvador;
9. **CGS:** Cuenta de Garantía Solidaria de conformidad al artículo 116-A de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones;
10. **CIAP:** Cuenta Individual de Ahorro para Pensiones;
11. **CIAP en liquidación:** Estado temporal colocado a la CIAP de un afiliado saliente en la AFP de origen, entre el día de entrada en vigencia del traspaso con la AFP de destino y el traslado de los fondos correspondientes al saldo de la CIAP;
12. **Compensación:** Proceso mediante el cual se determinan los saldos monetarios netos a transferir entre las AFP, por conceptos de traspasos de afiliados. Esta compensación será realizada para cada Fondo de Pensiones en los que aportaba el afiliado;
13. **Contrato:** Es el documento, físico o electrónico, que establece la relación jurídica entre una persona natural y una AFP por afiliación y/o traspaso;
14. **CT:** Certificado de Traspaso o valor equivalente a este;
15. **CUA:** Código Único de Agente;
16. **Días:** Cuando se utilice para un plazo se deberá entender que se refiere a días calendarios;
17. **Documento de Identidad:** Podrá ser el Documento Único de Identidad, Carné de Minoridad, Pasaporte o Carné de Residente, según corresponda;
18. **DUI:** Documento Único de Identidad;
19. **HL:** Historial Laboral;
20. **Instituciones Previsionales:** Administradora de Fondos de Pensiones, Instituto Salvadoreño del Seguro Social e Instituto Salvadoreño de Pensiones;
21. **INPEP:** Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos;
22. **ISSS:** Instituto Salvadoreño del Seguro Social;
23. **Ley SP:** Ley Integral del Sistema de Pensiones;
24. **Mes de confirmación del traspaso:** Mes en que la AFP de origen confirma, a la AFP de destino, que procede el traspaso;
25. **Mes de entrada en vigencia del traspaso:** Mes en que se inicia la relación contractual entre el afiliado y la AFP de destino;
26. **Número de afiliación al INPEP:** Número otorgado por el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos a sus afiliados, previo a la entrada en vigencia de la Ley de Creación del Instituto Salvadoreño de Pensiones;
27. **Rezago:** Cotización previsional de un trabajador, enterada a una AFP distinta a la que se encuentra o encontraba afiliado. Pudiendo corresponderle a una AFP la comisión y a otra la cotización o ambas, según el mes de devengue de la cotización;
28. **SP:** Sistema de Pensiones; y
29. **Superintendencia:** Superintendencia del Sistema Financiero.

**TÍTULO II**

**DEL TRASPASO ENTRE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES**

**CAPÍTULO I**

**DE LOS PROCEDIMIENTOS**

1. El traspaso de un afiliado se genera, cuando este decide trasladar el saldo y la administración de su CIAP y el registro de información de la CGS a una AFP diferente a la cual se encuentra afiliado al momento de tomar la decisión de traspaso.

**Del traspaso entre AFP**

1. El afiliado podrá traspasarse de una AFP a otra, en los casos siguientes:
2. Cuando hubieren realizado al menos doce cotizaciones mensuales en una misma AFP;
3. Cuando la AFP incumpliere el contrato de afiliación, para ello el afiliado deberá presentar una denuncia a la Superintendencia, describiendo las situaciones que, a su juicio, constituyen incumplimiento de contrato, adjuntando las pruebas pertinentes. La Superintendencia emitirá resolución en la cual notificará lo resuelto al interesado; en caso que esta resuelva favorablemente la denuncia, el traspaso a la AFP de destino procederá conforme a lo establecido en las presentes Normas.

Después de notificada la resolución autorizando el traspaso, el afiliado podrá solicitarlo dentro de un término de treinta días, para lo cual deberá presentar, previamente a la firma de la solicitud de traspaso y contrato, la notificación de la Superintendencia donde se le autoriza a traspasarse. Una copia de la notificación quedará archivada con la copia de la solicitud de traspaso, para que la AFP de destino la incorpore en la documentación de trámite del afiliado; o

1. Ante la fusión o disolución de la AFP de origen. (1)
2. En el caso de traspaso de beneficiarios de pensión de sobrevivencia, podrán traspasarse entre AFP solo cuando exista un acuerdo unánime entre los beneficiarios mayores de edad. Este acuerdo debe manifestarse mediante carta firmada por los beneficiarios mayores de edad y autenticada por Notario, la cual se anexará al respectivo formulario de solicitud de traspaso. En esta carta se elegirá a uno de los beneficiarios o representante legal para que se encargue de firmar el formulario de solicitud y el contrato. Si se trata del cónyuge o compañero de vida del causante con hijos menores de edad, o si hay solamente un beneficiario, la carta no será necesaria.

Los beneficiarios solo podrán traspasarse cuando la pensión sea definitiva, es decir, no podrán hacerlo mientras se encuentren recibiendo pensiones preliminares.

**Del traspaso**

1. Procederá el traspaso de afiliados o beneficiarios cuando se cumpla con alguna de las causales establecidas en los artículos 5 o 6 de las presentes Normas según sea el caso, para lo cual se deberá realizar lo siguiente:
2. Las AFP pondrán a disposición de los afiliados o beneficiarios, a través de su página web, en sus agencias, o por medio de sus agentes previsionales, información sobre el proceso de traspaso de una AFP a otra, y el formulario de la solicitud, en la que se deberá capturar la información requerida en el Anexo No. 1 de las presentes Normas;
3. El afiliado o beneficiario deberá revisar la solicitud y firmarla;
4. Al suscribir la solicitud de traspaso se deberá firmar además, el contrato respectivo, contenido en el mismo formulario, anexando copia del documento de identidad y copia del documento de comprobación de afiliación al ISSS o INPEP, según corresponda. En el caso de extranjeros residentes en el país, se anexará copia de su carné de residente o pasaporte y en el caso de los menores de edad se anexará la copia de su carné de minoridad;
5. En caso que posteriormente a la presentación de la solicitud, se detecten errores en la información contenida en el formulario, el agente deberá comunicarse con el afiliado o beneficiario para subsanarlos, haciéndolo constar en el cuadro de observaciones;
6. A más tardar tres días hábiles después de firmada la solicitud de traspaso, la AFP de destino transferirá a la AFP de origen, la información de los afiliados o beneficiarios que firmaron solicitud de traspaso, de conformidad a lo establecido en el Anexo No. 3 de las presentes Normas;
7. La AFP de origen deberá asegurarse que la información consignada en el archivo electrónico recibido de la AFP de destino, coincida con la contenida en su base de datos. En aquellos casos que la información del afiliado o beneficiario no sea concordante, la AFP de origen dispondrá de quince días como máximo para lograr la actualización de la información, período en el cual, la solicitud de traspaso quedará en suspenso hasta que se complete dicho proceso;
8. Si luego de la firma de la solicitud y el contrato respectivo y antes de la entrada en vigencia del traspaso del afiliado, la AFP de origen tuviere conocimiento que el solicitante ha fallecido deberá informar de tal situación a la AFP de destino, y el traspaso quedará sin efecto;
9. Si el afiliado o beneficiario desistiera de su intención de traspasarse previo a la entrada en vigencia del traspaso, deberá manifestarlo por escrito con la información mínima detallada en el Anexo No. 2 y firmar dicha solicitud;
10. La AFP de origen deberá enviar a diario a la AFP de destino, en días hábiles, mediante archivos electrónicos, la información detallada en el Anexo No. 3 de las presentes Normas, referente a lo siguiente: (1)
11. Solicitud de Confirmación de Traspaso de Afiliados;
12. Solicitud de Confirmación de Traspaso de Beneficiarios;
13. Detalle de Beneficiarios de pensión de sobrevivencia;
14. Resultado de la comparación de datos contenidos en la solicitud de traspaso;
15. Las solicitudes de traspaso improcedentes debido a que los afiliados o beneficiarios no cumplen con los requisitos para traspasarse;
16. Detalle de los afiliados o beneficiarios que llenaron formulario de cancelación del trámite de traspaso; y
17. Detalle de los traspasos confirmados, a los que se concretizó el cambio de información.
18. La AFP de destino, a través de su representante legal o el ejecutivo que la Junta Directiva designe para tales efectos, en un plazo de siete días hábiles, posteriores a la confirmación del traspaso, firmará los contratos de todas las solicitudes aprobadas, especificando que entrarán en vigencia el primer día del mes subsiguiente a la fecha de la Solicitud de Traspaso; después, deberá entregar en un plazo de siete días hábiles adicionales, las copias del contrato a sus respectivos destinatarios. En caso de existir más de un empleador, informará a cada uno de ellos sobre el particular;
19. En la fecha de entrada en vigencia del traspaso, la AFP de destino aperturará una CIAP y un registro de la CGS, a favor del afiliado, en espera de recibir los fondos y toda la información de los registros de las aportaciones que hayan sido realizadas a la CGS en nombre del referido afiliado, de la AFP de origen; y
20. La AFP de destino, dispondrá de cinco días hábiles a partir de la fecha de recibida la información de la AFP de origen, para crear el archivo del HL del afiliado, incluyendo en él, una copia de la solicitud de traspaso y contrato respectivo.
21. Otras consideraciones especiales dentro del proceso de traspaso son las siguientes:
22. Si el agente que tramita la solicitud, se encuentra en proceso de investigación y por acuerdo de la Junta Directiva de la AFP se le ha designado a un agente acreditado, ambos agentes firmarán el formulario de la solicitud de traspaso;
23. Sin perjuicio de la obligación de entregar una copia del contrato al (los) empleador (es), la AFP de destino deberá comunicar al afiliado la confirmación del traspaso por los medios que haya convenido, sea físico o electrónico, debiendo detallar el número de documento de identidad y nombre del afiliado, la fecha de entrada en vigencia de su contrato con la AFP, el porcentaje del ingreso base de cotización cobrado en concepto de comisión bruta o efectivamente cobrada, e información adicional que considere relevante;
24. En caso de extravío de las copias del contrato por algún destinatario, se podrá solicitar copia a la AFP de destino, en la cual deberá estamparse, en mayúsculas, la palabra "COPIA";
25. El traspaso producirá efectos a partir del primer día del mes subsiguiente a la fecha de la Solicitud de Traspaso y este se considerará, para todo efecto, como el primer mes de devengue en la AFP de destino. Desde este día entrarán en vigencia los derechos y obligaciones entre el afiliado y la AFP de destino;
26. Mientras no entren en vigencia los derechos y obligaciones con la AFP de destino, la AFP de origen será la responsable del pago de los beneficios de invalidez y sobrevivencia por riesgo común;
27. Las cotizaciones que las AFP de origen o AFP de destino reciban erróneamente por parte del empleador de afiliados ajenos, se tratarán como rezagos;
28. La AFP de origen deberá resguardar el expediente del Afiliado, ya sea físico o copia digital, y será obligación de esta brindar cualquier información de dicho Afiliado en los casos que la AFP de destino lo requiera; y
29. Toda la información que la AFP de origen transfiera a la AFP de destino, por vía documental y/o magnética, deberá remitirse mediante un manifiesto detallado, que deberá estar sellado y firmado por la persona responsable de la AFP de origen. En el caso de transferencias electrónicas, las AFP deberán establecer la forma de envío y acuse de recibo.

**De la improcedencia e interrupción del traspaso**

1. Será responsabilidad de la AFP de origen, verificar y considerar las causales de improcedencia de dicho traspaso, de acuerdo a lo siguiente:
2. Que el Afiliado se encuentre en trámite de traspaso con otra AFP;
3. Que el Afiliado haya presentado una denuncia para dejar sin efecto el contrato con la AFP de origen o que, la Superintendencia declarare sin efecto el mencionado contrato;
4. Que la AFP de destino entre en proceso de disolución/liquidación o fusión;
5. Que el afiliado no registre al menos doce cotizaciones en la AFP de origen. En este caso, la AFP de origen deberá proporcionar un estado de cuenta al afiliado, resaltando el número de cotizaciones registradas; (1)
6. Que el afiliado no posea saldo en su CIAP;
7. Que el afiliado fallezca antes de la vigencia del traspaso;
8. Que el afiliado haya iniciado trámite de otorgamiento de beneficio; y
9. Que el afiliado tenga una solicitud de calificación de invalidez pendiente de resolver.

**Del procedimiento para dejar sin efecto un traspaso**

1. En el caso que se declarare sin efecto el traspaso, la AFP de destino procederá a transferir a la AFP de origen, el saldo de la CIAP del afiliado, toda la información de los registros de las aportaciones que en nombre del afiliado han sido realizadas a la CGS y el HL del mismo, con su correspondiente archivo documental, magnético o electrónico, o la documentación correspondiente, si se encuentra en trámite; todo ello de acuerdo a los plazos y procedimientos establecidos en las presentes Normas.
2. Para dejar sin efecto un traspaso, la Superintendencia podrá actuar de oficio o a petición de parte, de acuerdo a lo siguiente:
3. **De Oficio:** Si la Superintendencia comprobase lo siguiente:
   1. Que la firma que aparece en el formulario respectivo es falsificada; o
   2. Si en el lapso comprendido entre la fecha de aprobación del traspaso y la fecha de entrada en vigencia del contrato, ocurriere alguna de las situaciones contempladas en el literal b) y c) del artículo 9 de las presentes Normas.
4. **A petición:** Cuando el afiliado, la AFP de origen o la AFP de destino lo solicite o el afiliado presente denuncia por medio escrito a la Superintendencia, dentro del plazo de un año, contado a partir de la confirmación del traspaso.

**CAPÍTULO II**

**DE LOS FORMULARIOS DE SOLICITUD DE TRASPASO Y CONTRATO RESPECTIVO**

1. La solicitud de traspaso y contrato respectivo estarán contenidos en un solo formulario, el cual podrá ser físico o electrónico, y deberá contener como mínimo los elementos establecidos en el Anexo No. 1 de las presentes Normas.
2. Los formularios contarán con numeración correlativa y se generará un comprobante físico o electrónico para el solicitante con el número correlativo del proceso, según sea el caso.
3. En el caso que el formulario sea llenado a mano, los borrones, enmendaduras, tachaduras y cualesquiera otras correcciones se anotarán y salvarán en el cuadro de observaciones en presencia de los firmantes. En caso de ser necesario corregir un formulario con posterioridad a la fecha en que se suscribió, se procederá de la manera anterior y se anotará la fecha de corrección, junto con las firmas que las salvan.
4. Cuando un afiliado tenga más de un empleador, deberá hacerse constar tal situación en la parte de datos del empleador y llenar los correspondientes espacios para empleadores adicionales.
5. En el momento de la firma del formulario,este deberá contener tres campos en blanco: la fecha de confirmación del traspaso, la firma y sello, cuando dicho documento sea físico, de la persona autorizada por la AFP para suscribir el contrato y la fecha de entrada en vigencia. (1)
6. Se anexará al proceso, una copia del documento de identidad presentado por el afiliado o por los beneficiarios, según sea el caso.

**CAPÍTULO III**

**COMPENSACIÓN DE TRASPASOS**

**Del procedimiento**

1. Las AFP a más tardar el quinto día hábil del mes en que entra en vigencia el traspaso, establecerán el plan de traslado de saldos para consolidar el traslado de fondos por el traspaso de afiliados; las AFP enviarán la información conforme el acuerdo establecido entre ellas y según el detalle establecido en el Anexo No. 4 de las presentes Normas.
2. De acuerdo al plan de traslado acordado, la AFP de origen trasladará a la AFP de destino, el saldo de la CIAP registrado al último día del mes anterior al de entrada en vigencia el traspaso, así como los registros de información de la CGS.

**Del esquema de compensación de fondos**

1. Las AFP podrán establecer un esquema para la compensación de fondos de forma bilateral.

La compensación bilateral funcionará cuando exista acuerdo entre dos AFP para realizar la compensación de los fondos y utilizarán los mecanismos básicos descritos en las presentes Normas para efectuarla.

Ambas AFP deberán intercambiar la información sobre los montos que se adeuden mutuamente, luego deberán realizar el cálculo de la compensación de forma independiente, intercambiando posteriormente sus respectivos resultados. En caso de estar conformes con los cálculos, deberán manifestarlo por medio del archivo diseñado para tal efecto y proceder luego al traslado de los fondos; caso contrario, deberán comunicarse entre sí para analizar y resolver la diferencia.

**Sobre la suspensión del proceso**

1. En los casos que no se recibiera la información por parte del Afiliado, en los plazos establecidos, la AFP de destino deberá entender que el proceso se ha suspendido y ha de notificar a la Superintendencia, debiendo remitir copia de dicha notificación a la AFP de origen.

Sin perjuicio de lo establecido en el inciso anterior, la AFP de origen deberá notificar a la Superintendencia los problemas que ocasionaron el incumplimiento de los plazos, debiendo remitir copia de dicha notificación a la AFP de destino.

Las notificaciones descritas en los incisos anteriores, deberán realizarse por medios electrónicos. El proceso deberá reiniciarse de acuerdo con lo establecido en las presentes Normas.

**Sobre la CIAP en liquidación**

1. Si el primer día del mes es un día no hábil, la apertura de la CIAP en la AFP de destino y el cambio en el sistema de la AFP de origen del estatus de la CIAP, a cuenta en liquidación, se efectuará el día hábil inmediato posterior por ambas AFP, sin que ello implique ningún cambio en las responsabilidades y obligaciones entre la AFP y los afiliados.

**Sobre cotizaciones a la CIAP, aportes a la CGS y periodos de devengue**

1. La cobranza de todas las cotizaciones a la CIAP y aportes a la CGS cuyo período de devengue corresponda a la AFP de origen será su responsabilidad, aunque el afiliado se haya traspasado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley SP.

El traslado de los recursos que correspondan a cotizaciones adeudadas por el empleador y no pagadas a la fecha del traspaso, se deberán tratar según lo establecido en las “Normas Técnicas para el Tratamiento de Rezagos en el Sistema de Pensiones” (NSP-65), aprobadas por el Banco Central a través de su Comité de Normas.

**Sobre el traslado de recursos**

1. El día de traslado de recursos, las AFP deudoras netas enterarán por medio de transferencia electrónica a cada AFP acreedora neta, las cantidades determinadas en la compensación definitiva, al valor cuota vigente ese día.

La AFP de origen enviará a las AFP de destino, el estado de cuenta electrónico, de acuerdo a lo establecido en el Anexo No. 4 de las presentes Normas, de los traspasos salientes que entraron en vigencia ese mes, según la programación acordada entre las AFP, así como también un reporte de la mora presunta y mora identificada.

El registro contable de la liquidación de traspasos de CIAP, debe efectuarse el día de la compensación y el traslado de recursos.

**Del registro contable de traspasos**

1. Para efectos de reconocer la obligación por traspasos salientes o el derecho de traspasos entrantes, así como su liquidación, deberán utilizarse las cuentas correspondientes de acuerdo al “Manual de Contabilidad para los Fondos de Pensiones” (NSP-40), aprobado por el Banco Central a través de su Comité de Normas.

**TÍTULO III**

**DISPOSICIONES FINALES**

**CAPÍTULO ÚNICO**

**OTRAS DISPOSICIONES Y VIGENCIA**

1. Cualquier comunicación que las AFP involucradas en el proceso consideren necesaria para completar un traspaso y que no se encuentre estipulado en las presentes Normas, deberá efectuarse por medios documentales indicando como mínimo los datos siguientes:
2. Tipo y número de Documento de Identidad;
3. Nombre del afiliado;
4. Tipo y número de documento de traspaso;
5. Fecha de confirmación del traspaso; y
6. Fecha de inicio de relación contractual con la AFP de destino.

De estas comunicaciones deberá enviarse copia a la Superintendencia.

1. Los formularios que se hubieran diseñado conforme las disposiciones normativas previas a la vigencia de las presentes Normas, se utilizarán hasta su agotamiento.

**Detalles técnicos del envío de información**

1. La Superintendencia remitirá a las AFP, con copia al Banco Central, los detalles técnicos relacionados con el envío de la información requerida en las presentes Normas, en un plazo máximo de treinta días, contados a partir del día siguiente de la entrada en vigencia de estas Normas.

Respecto a los traspasos, las AFP continuarán realizando el envío de información por los medios y mecanismos utilizados previo a la vigencia de estas Normas, mientras la Superintendencia remite los detalles técnicos.

Cuando se realicen cambios sustanciales en las especificaciones técnicas, incluyendo los mecanismos y medios de envío de información, las AFP dispondrán de hasta cientoveinte días para implementarlos.

**Transitorio**

1. Las AFP contarán con un plazo de 90 días para realizar los ajustes correspondientes relacionados a la sustitución del Número Único Previsional por el Número de Documento de Identidad en los Sistemas, formularios u otros en los cuales aplique dicho cambio.

**Derogatoria**

1. Las presentes Normas derogan las “Normas Técnicas para los Trámites de Traspasos entre Administradoras de Fondos de Pensiones y Traslado de Afiliados entre Fondos de Pensiones” (NSP-32), aprobadas por el Comité de Normas del Banco Central de Reserva de El Salvador, en Sesión No. CN-03/2020 del 26 de febrero de 2020.

**Sanciones**

1. Los incumplimientos a las disposiciones contenidas en las presentes Normas, serán sancionados de conformidad a lo establecido en la Ley de Supervisión y Regulación del Sistema Financiero.

**Aspectos no previstos**

1. Los aspectos no previstos en materia de regulación en las presentes Normas, serán resueltos por el Banco Central por medio de su Comité de Normas.

Vigencia

1. Las presentes Normas entrarán en vigencia a partir del treinta de diciembre de dos mil veintidos.

**MODIFICACIONES:**

**(1) Modificaciones en los artículos 5, 7, 9 y 16, y en los Anexos Nos. 1, 3 y 4 aprobadas por el Comité de Normas del Banco Central en Sesión No. CN-03/2023 del 3 de mayo de 2023, con vigencia a partir del 19 de mayo de 2023.**

**CONTENIDO MÍNIMO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD Y CONTRATO DE TRASPASO**

## Solicitud de Traspaso

La parte correspondiente a la Solicitud de Traspaso, deberá contener los elementos siguientes:

1. El título “Solicitud de Traspaso”.
2. La frase que establece la decisión del solicitante de transferir para su administración el saldo de su CIAP y registros de información de la CGS a una AFP diferente a aquella en la cual se encuentra afiliado en ese momento: “Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del solicitante o representante de los pensionados por sobrevivencia) solicito traspasar la administración del saldo de la CIAP asociada al Número de Documento de Identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y los registros de información de la CGS a la AFP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre de la AFP).”
3. Tipo de solicitante:
4. Afiliado;
5. Derogado (1)
6. Derogado (1)
7. Derogado (1)
8. Pensionado/Representante pensionado por sobrevivencia.
9. La fecha en que se solicita traspasarse a la AFP deseada, con el formato “ddmmaaaa”. Todas las fechas en este formulario deberán ser escritas según el formato anterior.
10. Firma del solicitante. Al llenar este espacio pueden presentarse los casos siguientes:
11. Que el solicitante tenga entre doce y catorce años de edad, en cuyo caso deberá solicitar su traspaso por medio de sus representantes legales, y a falta de estos, por medio de las personas de quienes dependa o por medio de la Procuraduría General de la República, haciéndolo constar en el espacio de observaciones;
12. Que el solicitante no sepa o no sea físicamente capaz de firmar. En este caso, firmará a su ruego una persona mayor de dieciocho años que se identifique con su Documento de Identidad. Lo anterior deberá hacerlo constar el Agente, detallando el nombre, tipo y número de documento de identidad del firmante en el cuadro de observaciones.

**Formato de la numeración**

La codificación de la solicitud estará compuesta por el número de serie, el código de la AFP de destino y un correlativo como se presenta a continuación:

Donde la primera serie será la serie “A”, y se seguirá un orden alfabético, sin incluir las letras “CH” y “LL”, hasta terminar con la letra “Z”. Al agotarse las series, se procederá a incrementar en uno la longitud del campo serie, reduciendo a su vez un caracter para mantener fija la longitud del número de los documentos.

## Contrato de Traspaso

La parte correspondiente al Contrato deberá contener los elementos siguientes:

1. Número y tipo de documento de identidad del solicitante;
2. Nombre del solicitante, especificando primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido, apellido de casada. El Agente deberá llenar este espacio conforme a los datos contenidos en el documento de identidad que presente el solicitante;
3. Número del ISSS del solicitante, en los casos que aplique;
4. Número del INPEP del solicitante, en los casos que aplique;
5. Teléfono del lugar de residencia o celular del solicitante;
6. Correo electrónico del solicitante y anuencia para recibir notificaciones electrónicas;
7. Nombres y apellidos por los que se conoce al soliciante, si fuera el caso, de acuerdo al documento de identidad presentado;
8. Nacionalidad del solicitante;
9. Sexo del solicitante;
10. Fecha de nacimiento del solicitante, de acuerdo al documento de identidad que se presente;
11. Dirección del solicitante, Municipio, Departamento y País; y
12. Estado familiar del solicitante, de acuerdo a su documento de identidad. Este espacio contempla cinco estados familiares: “S” para soltero, “C” para casado, “D” para divorciado, “V” para viudo y “U” para unión no matrimonial declarada.

Antecedentes previsionales

1. Nombre o razón comercial de la AFP de origen;
2. Tipo de relación laboral del afiliado de acuerdo a lo siguiente:
3. Dependiente, aquel trabajador que mantiene una relación de subordinación laboral con uno o varios empleadores; e
4. Independiente, es aquel que no mantiene vínculos de subordinación laboral;
5. Requisitos cumplidos para el traspaso. Se deberá elegir solamente una opción entre: 1) Doce cotizaciones mensuales enteradas a la AFP de origen; 2) Existen causas para solicitar traspaso por incumplimiento de contrato por parte de la AFP de origen.

Datos del empleador

1. Número total de empleadores;
2. Nombre, denominación o razón social;
3. Fecha de inicio de labores con empleadores;
4. Número de Identificación Tributaria del empleador, sea persona natural o jurídica;
5. Teléfono;
6. Fax;
7. Dirección;
8. Municipio o Ciudad;
9. Departamento o Estado; y
10. País.

En los casos que el solicitante sea trabajador independiente o representante de pensionado por sobrevivencia, estos campos no serán requeridos. (1)

Cuando el trabajador labore para más de un empleador, el Agente deberá especificarlo en el espacio correspondiente al segundo empleador y, de existir más de dos empleadores, deberá anexarse la información correspondiente en página separada que será firmada por el Agente y por el trabajador, y en donde se hará constar el número adicional de empleadores que han sido detallados en esa página, es decir, excluyendo los dos empleadores que han sido detallados en el formulario; el nombre o razón comercial de cada uno de estos empleadores; su dirección; teléfono o fax; número de identificación tributaria; y la fecha de inicio de labores con cada empleador.

Datos del Agente previsional

1. Firma del Agente: Precedida de la leyenda: “Declaro bajo juramento que la información contenida en el presente documento es verdadera y que he tenido a la vista los documentos que la sustentan”; y
2. Código del agente: Cuando el Agente que tramita se encuentre en proceso de investigación, y por acuerdo tomado en Junta Directiva de la AFP se le haya designado un Agente Acreditado, se anotarán la firma y código del Agente Acreditado en el espacio de observaciones. Este Agente Acreditado, será corresponsable de que los datos anotados en el presente formulario sean correctos.

Firma de los Contratantes

1. En el cuadro de observaciones se harán constar y salvarán los borrones, enmendaduras, entrerrenglonaduras, testaduras y cualesquiera otras correcciones; así como también, se anotarán los casos en que el solicitante contrate por medio de un tercero o que firme a través de un firmante a ruego o que confirme un Agente Acreditado, y/o cualquier otra información que, a juicio del Agente, deba incorporarse en dicho espacio;
2. La leyenda: “Ambas partes nos comprometemos al cumplimiento de las cláusulas contenidas al dorso de este documento, las cuales conocemos y aceptamos.”;
3. La fecha de entrada en vigencia del contrato, enunciada de la siguiente forma: “Este contrato entrará en vigencia a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_ del año \_\_\_\_.” Esta fecha será proporcionada por la AFP de origen al confirmar la procedencia del traspaso;
4. La firma del representante autorizado por la AFP para suscribir contratos y el sello de la AFP, en formularios físicos. Este espacio deberá ser firmado únicamente por la persona que la Junta Directiva de la AFP haya autorizado para suscribir los contratos. Inmediatamente a la derecha de esta firma se estampará el sello de la AFP, en formularios físicos; y (1)
5. Firma del solicitante, su representante legal o firmante a ruego, precedida de la leyenda: “Suscribo este contrato en las condiciones que el mismo establece y declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verdaderos”. En los casos en que la firma sea puesta por parte de una persona a ruego, el afiliado deberá plasmar su huella, y en caso de encontrarse imposibilitado para tal efecto, se deberá dejar constancia de ello de manera clara en el documento.

## Contraseña desprendible

La contraseña desprendible, en caso que no sea formulario electrónico, se entregará al solicitante para que tenga prueba de que se llenó el formulario con el contenido siguiente:

1. Nombre y logo de la AFP de destino;
2. Código, serie y número correlativo del formulario. Este será pre-impreso en el extremo superior derecho de la contraseña y deberá ser idéntico al número correlativo que aparece en la parte superior derecha del formulario;
3. La frase que establece la decisión del solicitante de transferir para su administración el saldo de su CIAP y registros de información de la CGS a una AFP diferente a aquella en la cual se encuentra afiliado en ese momento: “Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del solicitante o representante de los pensionados por sobrevivencia) solicito traspasar la administración del saldo de mi CIAP asociada al número de Documento de Identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y los registros de información de la CGS a la AFP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre de la AFP).”;
4. La fecha en que solicita traspasarse a la AFP. Esta fecha deberá coincidir con la contenida en la solicitud; y
5. La firma y código del Agente que tramita la solicitud.

## Cláusulas del Contrato de Traspaso

Las siguientes cláusulas del contrato de traspaso se imprimirán al reverso del formulario:

# CLÁUSULAS DEL CONTRATO DE TRASPASO

Nosotros, AFP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, S.A. (nombre de la AFP), quien en el presente documento se denominará “la Administradora”, y el suscrito, quien en el presente documento se denominará “el Solicitante”, suscribimos el presente contrato de traspaso, el cual se regirá por las disposiciones establecidas en la Ley de Supervisión y Regulación del Sistema Financiero, la Ley Integral del Sistema de Pensiones, las Normas Técnicas emitidas por el Banco Central a través de su Comité de Normas, así como por las modificaciones futuras de los mismos; y además, por las estipulaciones contenidas en las cláusulas que a continuación se especifican:

**CLÁUSULA PRIMERA – OBJETO DEL CONTRATO**

El objeto de este contrato es establecer la relación jurídica entre el Solicitante y la Administradora que lo suscriben, de la cual se originan los derechos y obligaciones contemplados para ambas partes en la Ley Integral del Sistema de Pensiones, y en especial el derecho a las prestaciones para el Solicitante establecidas en dicha Ley y su obligación de cotizar.

**CLÁUSULA SEGUNDA – OBLIGACIONES DE LA ADMINISTRADORA**

La Administradora se obliga a:

1. Gestionar y otorgar al Solicitante las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley Integral del Sistema de Pensiones y sus Normas Técnicas;
2. Abrir a nombre del Afiliado una Cuenta Individual de Ahorro para Pensiones (CIAP) y un registro de información para los aportes a la Cuenta de Garantía Solidaria (CGS);
3. Recibir de los empleadores y de los Afiliados independientes las cotizaciones obligatorias correspondientes a su CIAP y los aportes a la CGS;
4. Recibir de la Administradora de origen, el saldo de la CIAP del Afiliado que se traspase a la Administradora de destino, así como también la información histórica del registro de la CGS, de acuerdo a lo establecido en las “Normas Técnicas para la Administración y Gestión de la Cuenta de Garantía Solidaria” (NSP-44) aprobadas por el Banco Central a través de su Comité de Normas;
5. Tramitar el pago de cotizaciones en mora a nombre del Afiliado, correspondientes hasta el último mes en que exista una relación contractual entre el Afiliado y la Administradora de origen, de acuerdo a la Ley SP, las Normas que para tales efectos emita el Banco Central a través de su Comité de Normas y lo dispuesto en el presente contrato;
6. Proporcionar al afiliado, al menos cada seis meses, los movimientos de su CIAP y los registros de información de la CGS, por los mecanismos físicos o electrónicos que esta ponga a su disposición;
7. Enviar al afiliado por el medio que indique, la copia del presente contrato que le corresponde;
8. Realizar, sin costo alguno para el Afiliado, todos los trámites relacionados con la emisión del Certificado de Traspaso;
9. La Administradora de origen, en los casos que la CIAP no registrare movimientos, reestablecerá la comunicación hasta que se perciban nuevas cotizaciones; en todo caso, estará obligada a informar del saldo de dicha cuenta, así como del registro de información de la CGS por lo menos una vez al año; y
10. Comunicar al momento del traspaso y por los mecanismos disponibles, el monto de la comisión por la administración de la CIAP. Asimismo, indicar el porcentaje del ingreso base de cotización. (1)

**CLÁUSULA TERCERA – OBLIGACIONES DEL AFILIADO**

El Afiliado se obliga a lo siguiente:

1. Enterar a la Administradora, las cotizaciones obligatorias a través de su empleador, dentro de los diez primeros días hábiles del mes siguiente a aquél en que se devengaron las remuneraciones afectas. Los Afiliados independientes deberán enterar sus cotizaciones directamente a la Administradora; (1)
2. Los Afiliados independientes deberán pagar la comisión legal correspondiente a la Administradora por la administración de su CIAP de conformidad con lo que establece la Ley SP;
3. Informar a la Administradora, cualquier cambio en los datos personales que sirvieron para suscribir el presente contrato, los cuales serán incorporados en el expediente del Afiliado; y
4. Completar la información o documentación que le sea requerida por la Administradora para dar cumplimiento a la legislación aplicable.

**CLÁUSULA CUARTA - COMISIONES**

La Administradora podrá establecer el cobro de comisiones de conformidad al artículo 71 de la Ley SP.

El cobro de las comisiones a que se refiere la presente cláusula se llevará a cabo según la situación particular en que se encuentre cada CIAP, de acuerdo a la Ley SP y las Normas respectivas. No podrá cobrarse más de una de estas comisiones simultáneamente por el mismo concepto. (1)

**CLÁUSULA QUINTA – TRASPASO DE LA CIAP Y EL REGISTRO DE INFORMACIÓN DE LA CGS A OTRA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES**

El Afiliado podrá traspasar su CIAP y los registros de información de la CGS a otra Administradora al cumplir las condiciones siguientes:

1. Que hubiere realizado al menos doce cotizaciones mensuales en la Administradora de origen, a través de su empleador si se trata de un trabajador dependiente, o directamente en el caso de trabajadores independientes;
2. Que la Administradora incumpliera alguna de las cláusulas del presente contrato. En este caso, el Afiliado deberá presentar su reclamo por escrito ante la Superintendencia, quien resolverá en cada caso si procede el reclamo y si se autoriza al Afiliado a traspasarse a otra Administradora por esta causa; o
3. Que la Administradora entre en proceso de disolución/liquidación o fusión con otra Administradora.

Los beneficiarios solo podrán traspasarse cuando la pensión sea definitiva, es decir, no podrán hacerlo mientras se encuentren recibiendo pensiones preliminares.

**CLÁUSULA SEXTA - RECLAMOS**

En caso de que el Afiliado desee interponer un Reclamo, podrá hacerlo en la Administradora o en la Oficina de Atención al Usuario de la Superintendencia del Sistema Financiero; en ambos casos se le proporcionarán los formularios respectivos.

**CLÁUSULA SÉPTIMA – DOMICILIO DE LA ADMINISTRADORA**

La Administradora, señala como su domicilio especial el de la ciudad de San Salvador, a la jurisdicción de cuyos tribunales expresamente se somete.

**CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

El presente contrato podrá darse por terminado en cualquiera de los casos siguientes:

1. Cuando el Afiliado traspase los fondos de su CIAP y el registro de información de la CGS a otra Administradora. En este caso el contrato con la Administradora estará vigente hasta el día anterior inclusive a aquél en que entre en vigencia el contrato con la otra Administradora;
2. Cuando termine el derecho a percibir pensión por parte del último de los beneficiarios por sobrevivencia del Afiliado y sea reclamado por causa de herencia, o cuando estos se traspasen a otra AFP;
3. Cuando fallezca el Afiliado y el saldo de su CIAP sea otorgado como herencia, de acuerdo a la Ley SP; y
4. Cuando se realice la devolución del saldo total de la CIAP, para los casos establecidos en la Ley SP.

En los casos que, habiendose dado por terminado el contrato, se presenten recuperaciones de cotizaciones en mora o rezagos que correspondan a la vigencia del contrato, estos se procesarán de conformidad a las Normas pertinentes.

**CLÁUSULA NOVENA – CAUSALES PARA DEJAR SIN EFECTO EL CONTRATO**

El traspaso será declarado sin efecto por la Superintendencia, al comprobar que se ha dado al menos una de las causales detallas en las Normas Técnicas pertinentes.

La cesación del contrato procede, sin perjuicio de otras sanciones legales y o multas que puedan aplicarse a los responsables, según la Legislación respectiva.

Cuando se procede a petición de parte, el afiliado o AFP, presentará a la Superintendencia o a la Administradora de destino, una solicitud para dejar sin efecto el contrato en el formulario respectivo, dentro del plazo de un año contado a partir de que la Administradora de origen haya efectuado las notificaciones respectivas de confirmación del traspaso.

En caso de fallecimiento del afiliado, el proceso de traspaso se interrumpe y automáticamente queda sin efecto.

**CLÁUSULA DÉCIMA**

Las partes se someten expresamente a las disposiciones establecidas en la Ley de Supervisión y Regulación del Sistema Financiero, la Ley Integral del Sistema de Pensiones y las Normas Técnicas emitidas por el Banco Central a través de su Comité de Normas y por las modificaciones futuras de los mismos.

**CONTENIDO MÍNIMO DEL FORMULARIO DE CANCELACIÓN DE TRÁMITE DE TRASPASO**

El contenido mínimo del formulario de cancelación del trámite de traspasos, deberá ser el siguiente:

1. Fecha en que se solicita la cancelación del trámite;
2. Nombre del Solicitante;
3. Tipo y número del Documento de Identidad del Solicitante;
4. Nombre de la AFP de origen;
5. Nombre de la AFP de destino;
6. Número de Solicitud de Traspaso; y
7. Firma del Solicitante o persona a ruego en los casos que no sepa o no sea físicamente capaz de firmar.

**INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN**

1. **NOMENCLATURA UTILIZADA PARA DESCRIBIR LOS TIPOS DE CAMPOS EN LOS ARCHIVOS ELECTRÓNICOS, LONGITUD, VALORES, OBLIGATORIEDAD DEL CAMPO Y FORMATO DE LOS ARCHIVOS A TRANSFERIR.**

La Superintendencia remitirá a las AFP, con copia al Banco Central, los detalles relacionados a los aspectos técnicos de la nomenclatura utilizada para describir los tipos de campos en los archivos electrónicos, longitud, valores, obligatoriedad del campo y formato de los archivos a transferir, los cuales serán comunicados en un plazo máximo de treinta días hábiles posteriores a la entrada en vigencia de las presentes Normas.

1. **INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN EN EL PROCESO DE TRASPASOS**

1. La AFP de origen, deberá verificar y validar que la estructura de los archivos enviados por la AFP de destino, sean las definidas en las presentes Normas;
2. En el caso que la AFP de destino detectaré alguna incongruencia al momento del intercambio electrónico de información, esta deberá notificarlo a la AFP de origen por los medios que ambas hayan pactado previamente.
3. **ARCHIVOS RELATIVOS A LOS PROCEDIMIENTOS “SOLICITUDES DE TRASPASO ENTRE AFP”, “CONFIRMACIÓN DEL TRASPASO” E “IMPROCEDENCIA E INTERRUPCIÓN DEL TRASPASO”.**
   1. **ARCHIVO DE SOLICITUD DE TRASPASO DE AFILIADOS**

Por medio de este archivo, la AFP de destino informará a la AFP de origen, el detalle de afiliados que firmaron la Solicitud de Traspaso y Contrato respectivo, según lo estipulado en la presentes Normas. Este archivo deberá enviarse en el plazo de tres días hábiles después que el afiliado haya firmado la Solicitud de Traspaso y Contrato respectivo.

El archivo contendrá lo siguiente:

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| AFP DE DESTINO | Código de la AFP de destino |
| AFP DE ORIGEN | Código de la AFP de origen |
| FECHA DE SOLICITUD | Fecha en que fue llenada la solicitud |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Tipo de Documento de traspaso |
| NÚMERO DE SOLICITUD DE TRASPASO | Número de Solicitud de Traspaso |
| TIPO DE SOLICITANTE | Código de solicitante, según especificaciones técnicas |
| 1er NOMBRE | Primer Nombre del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| 2do NOMBRE | Segundo Nombre del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| 1er APELLIDO | Primer Apellido del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| 2do APELLIDO | Segundo Apellido del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| APELLIDO DE CASADA | Apellido de Casada de la afiliada de acuerdo a documento de identidad |
| FECHA DE NACIMIENTO | Fecha de nacimiento del afiliado a traspasarse |
| SEXO | Sexo del Afiliado |
| ESTADO FAMILIAR | Estado Familiar del afiliado |
| DUI | Número de documento de identidad presentado por el afiliado |
| CARNÉ DE MINORIDAD |
| PASAPORTE |
| CARNÉ DE RESIDENTE |
| NÚMERO ISSS | Número de afiliación al ISSS |
| NÚMERO INPEP | Número de afiliación al INPEP |
| AGENTE | El CUA del Agente que ayudó a llenar la solicitud |
| AGENTE ACREDITADO | El CUA del Agente Acreditado (En caso que el Agente se encuentre en proceso de investigación al gestionar el traspaso) |
| MOTIVO DE TRASPASO | Según lo indicado en las especificaciones técnicas |
| RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA | En caso de tratarse de un traslado por incumplimiento de contrato |

En el caso de existir algún tipo de observación por parte de la AFP de origen sobre el archivo anterior, deberá informarlo a la AFP de destino por medio de un archivo de observaciones. Este archivo será enviado el siguiente día hábil después de que se reciba el archivo de solicitud de traspaso de afiliados.

La información que contendrá el archivo de observaciones será la siguiente:

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de Documento de Identidad del afiliado |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Tipo de Documento de traspaso |
| NÚMERO DE SOLICITUD DE TRASPASO | Número de Solicitud de Traspaso |
| FECHA DE RECEPCIÓN | Fecha en la cual se recibe el archivo |
| AFP DE ORIGEN | Código de la AFP de Origen |
| AFP DE DESTINO | Código de la AFP de Destino |
| CÓDIGO DE OBSERVACIÓN | Código utilizado para identificar el tipo de observación |
| DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN | Descripción de la observación |

* 1. **ARCHIVO SOLICITUD DE TRASPASO DE BENEFICIARIOS**

Archivo que muestra la información del afiliado fallecido que generó el derecho de pensión de sobrevivencia de los beneficiarios:

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| AFP DE DESTINO | Código de la AFP de destino |
| AFP DE ORIGEN | Código de la AFP de origen |
| FECHA DE SOLICITUD | Fecha en que fue llenada la solicitud |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Tipo de Documento de traspaso |
| NÚMERO DE SOLICITUD DE TRASPASO | Número de Solicitud de Traspaso |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE CAUSANTE | Número de Documento de Identidad del causante |
| 1er NOMBRE CAUSANTE | Primer Nombre del causante de acuerdo a documento de identidad |
| 2do NOMBRE CAUSANTE | Segundo Nombre del causante de acuerdo a documento de identidad |
| 1er APELLIDO CAUSANTE | Primer Apellido del causante de acuerdo a documento de identidad |
| 2do APELLIDO CAUSANTE | Segundo Apellido del causante de acuerdo a documento de identidad |
| APELLIDO DE CASADA CAUSANTE | Apellido de Casada de la causante de acuerdo a documento de identidad |
| 1er NOMBRE SOLICITANTE | Primer Nombre del solicitante de acuerdo a documento de identidad |
| 2do NOMBRE SOLICITANTE | Segundo Nombre del solicitante de acuerdo a documento de identidad |
| 1er APELLIDO SOLICITANTE | Primer Apellido del solicitante de acuerdo a documento de identidad |
| 2do APELLIDO SOLICITANTE | Segundo Apellido del solicitante de acuerdo a documento de identidad |
| APELLIDO DE CASADA SOLICITANTE | Apellido de Casada de la solicitante de acuerdo a documento de identidad |
| DUI SOLICITANTE | Número de documento de identidad presentado por el solicitante |
| CARNÉ DE MINORIDAD SOLICITANTE |
| PASAPORTE SOLICITANTE |
| CARNÉ DE RESIDENTE SOLICITANTE |
| FECHA DE NACIMIENTO | Fecha de nacimiento del causante |
| FECHA DE FALLECIMIENTO | Fecha de fallecimiento del causante |
| AGENTE | El CUA del Agente que ayudó a llenar la solicitud |
| AGENTE ACREDITADO | El CUA del Agente Acreditado (En caso que el Agente se encuentre en proceso de investigación al gestionar el traspaso) |
| MOTIVO DE TRASPASO | Según lo indicado en las especificaciones técnicas |
| RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA | En caso de tratarse de un traslado por incumplimiento de contrato |

* 1. **ARCHIVO DETALLE DE BENEFICIARIOS**

Archivo que muestra la información de los beneficiarios que se encuentran recibiendo pensión de sobrevivencia, con base a la información remitida en archivo solicitud de traspaso de beneficiarios:

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Tipo de Documento de traspaso |
| NÚMERO DE SOLICITUD DE TRASPASO | Número de Solicitud de Traspaso |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TITULAR DE LA CIAP | Número de Documento de Identidad del causante o afiliado fallecido |
| TIPO DE BENEFICIARIO | Parentesco del beneficiario con respecto al causante o afiliado fallecido |
| 1er NOMBRE | Primer Nombre del beneficiario de acuerdo a documento de identidad |
| 2do NOMBRE | Segundo Nombre del beneficiario de acuerdo a documento de identidad |
| 1er APELLIDO | Primer Apellido del beneficiario de acuerdo a documento de identidad |
| 2do APELLIDO | Segundo Apellido del beneficiario de acuerdo a documento de identidad |
| APELLIDO DE CASADA | Apellido de Casada de la beneficiaria de acuerdo a documento de identidad |
| FECHA DE NACIMIENTO | Fecha de nacimiento del beneficiario |
| SEXO | Sexo del beneficiario |
| INVALIDEZ | Tipo de invalidez del beneficiario, en los casos que aplique |
| MONTO DE LA PENSIÓN | Monto de la pensión que corresponde a beneficiario |

* 1. **CONFIRMACIÓN DE TRASPASO**

Este archivo contendrá la respuesta a aquellas solicitudes de traspaso confirmadas por la AFP de origen. El archivo en mención, también deberá ser transferido a la Superintendencia.

La información que contendrá el archivo es la siguiente:

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| AFP DE DESTINO | Código de la AFP de destino |
| AFP DE ORIGEN | Código de la AFP de origen |
| FECHA DE SOLICITUD | Fecha en que fue llenada la solicitud |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Tipo de Documento de traspaso |
| NÚMERO DE SOLICITUD DE TRASPASO | Número de Solicitud de Traspaso |
| NIA (1) | Número Interno de Afiliación del causante (1) |
| 1er NOMBRE | Primer Nombre del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| 2do NOMBRE | Segundo Nombre del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| 1er APELLIDO | Primer Apellido del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| 2do APELLIDO | Segundo Apellido del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| APELLIDO DE CASADA | Apellido de Casada de la afiliada de acuerdo a documento de identidad |
| FECHA DE NACIMIENTO | Fecha de nacimiento del afiliado a traspasarse |
| SEXO | Sexo del afiliado |
| ESTADO FAMILIAR | Estado Familiar del afiliado |
| DUI | Número de documento de identidad presentado por el afiliado |
| CARNÉ DE MINORIDAD |
| PASAPORTE |
| CARNÉ DE RESIDENTE |
| NÚMERO ISSS | Número de afiliación al ISSS |
| NÚMERO INPEP | Número de afiliación al INPEP |
| AGENTE | El CUA del Agente que ayudó a llenar la solicitud |
| AGENTE ACREDITADO | El CUA del Agente Acreditado (En caso que el Agente se encuentre en proceso de investigación al gestionar el traspaso) |
| MOTIVO DE TRASPASO | Según lo indicado en las especificaciones técnicas |
| RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA | En caso de tratarse de un traslado por incumplimiento de contrato |
| FECHA DE CONFIRMACIÓN DEL TRASPASO | Fecha en la cual se concreta el traspaso |
| FECHA DE INICIO DE RELACIÓN CONTRACTUAL CON LA AFP DE DESTINO | El primer día del mes subsiguiente al de solicitud de traspaso |

* 1. **IMPROCEDENCIAS E INTERRUPCIÓN DE TRASPASOS**

En caso que se determine que el traspaso no cumple con los requisitos para ser confirmado, se enviará un archivo a la AFP de destino con la información siguiente:

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de Documento de Identidad del afiliado a traspasarse |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Tipo de Documento de traspaso |
| NÚMERO DE SOLICITUD | Número de Solicitud de Traspaso |
| AFP DE ORIGEN | Código de la AFP de origen |
| AFP DE DESTINO | Código de la AFP de destino |
| FECHA DE IMPROCEDENCIA | Fecha en la cual se declara el traspaso como improcedente |
| CÓDIGO DE IMPROCEDENCIA | Código utilizado para identificar el tipo de improcedencia |
| DESCRIPCIÓN DE LA IMPROCEDENCIA | Descripción de la improcedencia |

Las solicitudes de Traspaso rechazadas por las siguientes condiciones, serán anuladas.

| **CONDICIONES QUE IMPOSIBILITAN EL TRASPASO** |
| --- |
| El afiliado no tiene doce cotizaciones mensuales devengadas hasta el mes inmediato anterior al de la presentación de la Solicitud de Traspaso |
| Derogado (1) |
| La Resolución que ampara el traspaso no existe |
| El afiliado ha fallecido |
| El contrato de afiliación en la AFP de origen fue dejado sin efecto |
| El afiliado ya presentó una solicitud de traspaso, la cual se encuentra vigente |
| El afiliado ha iniciado tramite de pensión con la AFP de origen |
| El afiliado ha presentado solicitud de calificación de invalidez en la AFP de origen |
| El Agente se encuentra inactivo |
| El Agente se encuentra en proceso de investigación |
| Documento de Identidad no existe en la base de datos de la AFP de origen |
| Documento de Identidad del afiliado se encuentra anulado de la base |
| Documento de Identidad no pertenece al solicitante |
| Otras causales que previamente sean autorizadas por la Superintendencia |

* 1. **CAUSAS DE RECHAZO**

Las causas de rechazo podrán deberse a errores encontrados en la información.

Para efectos de esta Norma, deberá entenderse por error aquellos datos del afiliado, de los empleadores o AFP que, por circunstancias fuera del control de los involucrados en el proceso de traspaso, han sido mal suministrados a la AFP de origen.

Las solicitudes de traspaso rechazadas por las siguientes causales de error podrán ser enviadas hasta solventar dichos errores.

|  |
| --- |
| **TIPO DE ERROR** |
| El documento de identidad no corresponde a la nacionalidad |
| El tipo de documento de identidad es inválido para el proceso |
| El número de documento de identidad no concuerda con los datos que posee la AFP de origen |
| Se omitió el número correlativo de la solicitud de traspaso |
| El número correlativo de la solicitud de traspaso ya fue asignado |
| El primer nombre y primer apellido del Afiliado son obligatorios |
| La fecha de nacimiento del Afiliado es obligatoria |
| El código de Agente es obligatorio |
| El Agente no está registrado en la Superintendencia como tal |
| El Agente Acreditado no está registrado en la Superintendencia como tal |
| Se omitió la fecha de la solicitud de traspaso |
| Fecha de solicitud de traspaso es errónea |
| Fecha de solicitud sobrepasa el tiempo de validez |
| Nombre detallado en solicitud de traspaso no coincide con documento de identidad presentado |
| El código de la AFP es obligatorio |

* 1. **ARCHIVO DE NOTIFICACIÓN DE CANCELACIÓN DEL TRÁMITE DEL PROCESO DE TRASPASO**

La AFP de origen notificará a la AFP de destino, sobre la cancelación del proceso de traspaso cuando el solicitante desistiera de su intención de traspasarse hacia otra AFP.

La información que contendrá el archivo es la siguiente:

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del Afiliado o causante |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Tipo de Documento de Identidad del afiliado |
| VIGENCIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Fecha de expiración de Documento de Identidad |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Tipo de Documento de traspaso |
| NÚMERO DE SOLICITUD | Número de Solicitud de Traspaso |
| AFP DE DESTINO | Código de la AFP de Destino |
| CAUSAL DE SOLICITUD DE TRASPASO | Causal por la cual se está solicitando el traspaso |
| CAUSAL DE CANCELACIÓN DEL PROCESO | Motivo por el cual el traspaso queda cancelado |
| AGENTE | El CUA del Agente que ayudó a llenar la solicitud |
| AGENTE ACREDITADO | El CUA del Agente Acreditado (En caso que el Agente se encuentre en proceso de investigación al gestionar el traspaso) |

* 1. **ARCHIVO DE NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN DE TRASPASO**

Este archivo será enviado por la Superintendencia a la AFP de origen y de destino.

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado a traspasarse |
| PRIMER NOMBRE | Primer Nombre del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| SEGUNDO NOMBRE | Segundo Nombre del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| PRIMER APELLIDO | Primer Apellido del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| SEGUNDO APELLIDO | Segundo Apellido del afiliado de acuerdo a documento de identidad |
| APELLIDO CASADA | Apellido de Casada de la afiliada de acuerdo a documento de identidad |
| CÓDIGO DE AFP DE ORIGEN | Código de AFP donde se encontraba afiliado antes de la confirmación del traspaso |
| CÓDIGO DE AFP DE DESTINO | Código de AFP a la que se le confirmó el traspaso |
| NÚMERO DE SOLICITUD DE TRASPASO | Número de Solicitud de Traspaso |
| FECHA DE SOLICITUD DE TRASPASO | Fecha en que fue llenada la solicitud que se interrumpe |
| FECHA DE INICIO EN LA AFP DE DESTINO | Fecha que dio inicio a la relación contractual con la AFP de destino |
| FECHA EN QUE SE CONFIRMÓ EL TRASPASO | Fecha en la cual se concretó el traspaso |
| NÚMERO DE RESOLUCIÓN | Número de la resolución emitida |
| NOMBRE DE ARCHIVO ENVIADO POR AFP DE DESTINO PROCESADO Y QUE GENERÓ LA CONFIRMACIÓN | Archivo de Confirmación de Traspasos |
| CÓDIGO DE MOTIVO DE INTERRUPCIÓN DEL TRASPASO | Código referente al motivo por el cual el traspaso es interrumpido |

1. **SOBRE EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN ELECTRÓNICA POR PARTE DE LA AFP DE ORIGEN**
   1. **TRASLADO DE LOS EXPEDIENTES**

La AFP de origen deberá enviar a la AFP de destino, ya sea por medio documental o electrónica, el expediente del afiliado, el cual deberá contener toda la documentación que la conforma, la cual deberá ser revisada por la AFP de destino, quien deberá manifestar la conformidad.

Ante la disolución y/o liquidación de una AFP, deberá remitirse el expediente físico. Asimismo deberá remitir los expedientes de los afiliados que previamente se hubieran traspasado, y la AFP en disolución o liquidación aún los conservaba.

* 1. **DE LA INFORMACIÓN ELECTRÓNICA**

La información electrónica que deberá ser entregada a la AFP de destino, será la referente a los datos generales del afiliado, así como el saldo de la CIAP a transferir, la cual será enviada a más tardar el último día del mes en que entre en vigencia la relación contractual entre el afiliado y la AFP de destino. Asimismo, deberá remitirse el detalle de los movimientos que soportan el saldo transferido así como la información del tiempo cotizado y los movimientos de aportes a la CGS, deberá ser remitido a más tardar el último día del mes siguiente al de la vigencia del nuevo contrato.

* 1. **DE LOS ARCHIVOS INTERCAMBIADOS ENTRE LAS AFP**

La estructura y denominación de los archivos intercambiados entre las AFP, será según las especificaciones que para tal efecto se emitan.

* 1. **ARCHIVO DE DATOS GENERALES DE AFILIADOS**

Con este archivo la AFP de origen intercambiará la información del afiliado y sus beneficiarios

Información relativa al afiliado:

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| FECHA NACIMIENTO | Fecha de nacimiento del afiliado |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Tipo de Documento de Identidad del afiliado |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado |
| NÚMERO ISSS | Número de afiliación al ISSS cuando aplique |
| NÚMERO INPEP | Número de afiliación al INPEP cuando aplique |
| ESTADO DEL AFILIADO | Estado actual del afiliado en el SP |
| TIPO DE PENSIÓN | Tipo de pensión que se está pagando, si fuera el caso |
| NÚMERO DE BENEFICIARIOS | Número de beneficiarios declarados o recibiendo pensión |
| TIPO DE ARCHIVO | El código de tipo de archivo corresponde a la extensión del archivo |

Información relativa a los beneficiarios:

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| PRIMER NOMBRE | Primer Nombre del beneficiario de acuerdo a documento de identidad |
| SEGUNDO NOMBRE | Segundo Nombre del beneficiario de acuerdo a documento de identidad |
| PRIMER APELLIDO | Primer Apellido del beneficiario de acuerdo a documento de identidad |
| SEGUNDO APELLIDO | Segundo Apellido del beneficiario de acuerdo a documento de identidad |
| APELLIDO DE CASADA | Apellido de Casada de la beneficiaria de acuerdo a documento de identidad |
| TIPO DE BENEFICIARIO | Parentesco del beneficiario con respecto al causante o afiliado fallecido |
| SEXO | Sexo del beneficiario |
| FECHA DE NACIMIENTO | Fecha de nacimiento del beneficiario |
| INVALIDEZ | Tipo de invalidez del beneficiario, en los casos que aplique |
| FECHA DE APROBACIÓN DE PENSIÓN | Fecha en que fue aprobado el pago por pensión |
| FECHA DE INICIO PAGO DE PENSIÓN | Fecha en la cual se inició el pago de la pensión |
| MONTO DE LA PENSIÓN | Monto de la pensión que corresponde a beneficiario |
| TIPO DE ARCHIVO | El código de tipo de archivo corresponde a la extensión del archivo |

* 1. **ARCHIVO DE REGISTRO HISTÓRICO DE TRASPASOS ENTRE AFP**

Este archivo contendrá la información sobre los inicios y términos de relaciones contractuales con las AFP reportados por el afiliado a lo largo de su vida laboral desde que se incorporó al SP. La AFP deberá crear la estructura apropiada dentro de su base de datos para almacenar esta información.

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | Número documento de afiliación/traspaso a la AFP |
| FECHA DE DOCUMENTO | Fecha Documento de Afiliación/traspaso a la AFP |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Tipo de Documento de Identidad presentado por afiliado |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad presentado por afiliado en el momento de su afiliación/traspaso |
| FECHA INICIO RELACIÓN CONTRACTUAL CON LA AFP | Fecha Afiliación a la AFP |
| FECHA FIN RELACIÓN CONTRACTUAL CON LA AFP | Fecha en la cual queda sin efecto la relación contractual |

**TRASLADO DE FONDOS ENTRE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES POR TRASPASOS**

Para consolidar el traslado de fondos entre AFP por el traspaso de afiliados, las AFP enviarán la información conforme el acuerdo establecido entre ellas y según el detalle siguiente:

| **No.** | **ENTIDAD** | **ACTIVIDAD** | **PLAZO / MEDIO** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | AFP origen | Remitirá información de saldos de la CIAP. Las cotizaciones que no se hayan recaudado o acreditado en ese momento, deberán ser enviadas posteriormente | Primerdía hábil de la relación contractual con la AFP de destino |
| 2 | AFP destino | Reportar Conformidad/Inconformidad de archivo de saldos de CIAP |  |
| 3 | AFP origen | Coloca las CIAP de traspasos salientes en estado “En Liquidación” | Entrada en vigencia del traspaso  (Primer día del mes) |
| 4 | AFP destino | Abre CIAP para los afiliados cuyo contrato entra en vigencia ese día con saldo = US $0.00 | Entrada en vigencia del traspaso  (Primer. Día del mes) |
| 5 | AFP | Envía a la entidad compensadora o a la AFP de destino, el listado de CIAP de traspasos salientes, detallando saldos al último día del mes anterior al de entrada en vigencia, con monto en número de cuotas y dólares de los Estados Unidos de América | Décimo tercer día hábil |
| 5-A | AFP que recibe información | Si la estructura o contenido de la información descrita en 3 son incorrectos, o si existen problemas de comunicación para la recepción de la información, notifica por escrito a la entidad compensadora o a la AFP que remite la información, solicitando el reenvío de la información | Décimo tercer día hábil |
| 5-B | AFP que remite información | Reenvía información corrigiendo estructura o contenido de la información, o haciendo uso de medios de contingencia (por ejemplo, medios magnéticos) | Décimo tercer día hábil |
| 6 | AFP que recibe información | Envía archivo de conformidad con información preliminar, indicando su satisfacción con la misma o su insatisfacción; en este caso, anexará un listado de la información en la que existe discrepancia. Este desacuerdo deberá corregirse el día del traslado de fondos | Décimo quintodía hábil |
| 7 | AFP | Envía a entidad compensadora o a las otras AFP, un archivo con los montos definitivos a transferir por traspasos de CIAP salientes, calculados al valor cuota vigente del día | A más tardar el último día hábil del mes de entrada en vigencia del traspaso; si no se cumple se aborta proceso |
| 8 | AFP que recibe información | Revisa y válida la información descrita en el paso 5 que recibe de la (s) demás AFP o de la entidad como paso previo a efectuar el neteo (compensación) de saldos a transferir | A más tardar el último día hábil del mes de entrada en vigencia del traspaso; si no se cumple, se aborta proceso |
| 9 | AFP o entidad compensadora | Se determinan los montos netos definitivos a transferir o recibir por cada AFP por concepto de traspasos y rezagos, a través de la compensación de los montos definitivos informados en el paso 5 | A más tardar el último día hábil del mes de entrada en vigencia del traspaso; si no se cumple, se aborta proceso |
| 10 | AFP | Si existe conformidad con los saldos a transferir, se efectúan los pagos correspondientes | A más tardar el último día hábil del mes de entrada en vigencia del traspaso; después de finalizar los pasos anteriores |
| 11 | AFP | Efectúa el registro contable de las transacciones respectivas de traspasos, el mismo día que se efectúa el traslado de fondos, según lo descrito en las presentes Normas. | A más tardar el último día hábil del mes de entrada en vigencia del traspaso. |
| 12 | AFP origen | Cierra la CIAP en liquidación | A más tardar el último día hábil del mes de entrada en vigencia del traspaso. |

**ARCHIVOS A INTERCAMBIAR**

Los archivos a intercambiar serán los siguientes:

1. **ARCHIVO DE SALDOS DE CIAP A TRANSFERIR Y REGISTROS DE INFORMACIÓN DE LA CGS**

La información de saldos de la CIAP y de los registros de información de la CGS que se trasladará el primer día de la relación contractual con la AFP de destino, será la detallada en el archivo descrito a continuación. La información de dichos saldos será con base al último cierre mensual efectuado.

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| TIPO DE REGISTRO | Define el tipo de registro ya sea por traspaso de CIAP o rezagos |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Tipo de Documento de traspaso |
| NÚMERO DOCUMENTO DE TRASPASO | Número documento de traspaso a la AFP |
| SALDO COTIZACIONES OBLIGATORIAS TRABAJADOR | Monto del saldo por cotizaciones obligatorias del trabajador |
| SALDO COTIZACIONES OBLIGATORIAS EMPLEADOR | Monto del saldo por cotizaciones obligatorias del empleador |
| SALDO COTIZACIONES VOLUNTARIAS TRABAJADOR | Monto del saldo por cotizaciones voluntarias del trabajador |
| SALDO COTIZACIONES VOLUNTARIAS EMPLEADOR | Monto del saldo por cotizaciones voluntarias del empleador |
| TOTAL CIAP DEL AFILIADO | La sumatoria de los campos de los saldos de cotizaciones obligatorias y voluntarias tanto del trabajador como del empleador |
| FECHA DE SALDO | Fecha a la cual se están reportando los saldos de la CIAP |
| INDICADOR DE TOTAL | Referencia al monto del total a trasladar |
| TOTAL A TRASLADAR | La sumatoria de los campos TOTAL CIAP DEL AFILIADO |

1. **ARCHIVO DE CONFORMIDAD/INCONFORMIDAD DE SALDOS DE CIAP A TRANSFERIR Y REGISTROS DE INFORMACIÓN DE LA CGS**

Este archivo será enviado por la AFP de destino y servirá para indicar su conformidad o inconformidad con la información electrónica recibida de la AFP de origen. En caso de inconformidad, la AFP de origen deberá, en un plazo de cinco días hábiles, corregir la (s) situación (es) y reenviar la información.

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| TIPO DE REGISTRO | Detallará el tipo de notificación sea por recepción satisfactoria, archivos dañados o información no coincidente |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | Número documento de traspaso a la AFP |
| FECHA DE VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN | Fecha en la cual se da por válida la información del afiliado |
| NOMBRE DEL ARCHIVO | Nombre del archivo dañado o con información no coincidente sin incluir la extensión |
| TIPO DE ARCHIVO | La extensión asignada al tipo de archivo dañado o con información no coincidente |
| ERRORES ENCONTRADOS | Descripción de los errores encontrados en el archivo dañado, si los hubiera |
| TIPO DE ERROR/TIPO DE IMPROCEDENCIA | Detallará el tipo de error o improcedencia identificado en el archivo recibido, de acuerdo a codificación establecida. |

1. **ARCHIVO DE SALDOS BRUTOS PRELIMINARES A TRANSFERIR**

| **ENTIDAD** | **ACTIVIDAD** |
| --- | --- |
| EMISOR DEL ARCHIVO | AFP que informa los saldos |
| RECEPTOR DE ARCHIVO | Todas las AFP a las cuales la AFP Remitente adeuda saldos, así como a la entidad compensadora, en caso de existir |
| DESCRIPCIÓN | Por medio de este archivo la AFP remitente informa de los saldos brutos adeudados a las otras AFP en concepto de saldos CIAP, así como de los rezagos  La información contenida en este archivo es preliminar y solo sirve para proporcionar una proyección de los saldos brutos adeudados a cada AFP Destinataria |
| FECHA DE ENVÍO | El décimo tercer día hábil de cada mes, o de acuerdo a la programación acordada entre las AFP |
| TIPO DE ARCHIVO | El código de tipo de archivo corresponde a la extensión del archivo |

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| AFP REMITENTE | La AFP que envía la información |
| AFP DESTINATARIA | La AFP a quien se adeuda los saldos |
| FECHA DE ENVÍO DE ARCHIVO | Fecha de remisión del archivo |
| VALOR CUOTA AL MOMENTO DEL ENVÍO | Valor de la cuota al momento del envío |
| NÚMERO DE REGISTROS EN EL ARCHIVO | Incluyendo todos los encabezados y resúmenes de secciones y del archivo |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado a que pertenece el monto a trasladar |
| PRIMER NOMBRE | Primer nombre del afiliado a trasladar |
| SEGUNDO NOMBRE | Segundo nombre del afiliado a trasladar |
| PRIMER APELLIDO | Primer apellido del afiliado a trasladar |
| SEGUNDO APELLIDO | Segundo apellido del afiliado a trasladar |
| APELLIDO CASADA | Apellido de casada de la afiliada a trasladar |
| NÚMERO DE CUOTAS | El número de cuotas al momento del traspaso |
| MONTO DEL TRASLADO | Monto del traslado de fondos correspondiente al Número de documento de identidad del afiliado |
| COA | Detalle de cotizaciones obligatorias del afiliado |
| COE | Detalle de cotizaciones obligatorias del empleador |
| CVA | Detalle de cotizaciones voluntarias del afiliado |
| CVE | Detalle de cotizaciones voluntarias del empleador |
| SUBTOTAL BRUTO CIAP | Monto total de fondos a transferir en concepto de traslados de CIAP |
| SUBTOTAL BRUTO DE FONDOS PROVENIENTES DE REZAGOS | Valor proveniente de rezagos |
| TOTAL DE FONDOS A TRANSFERIR | La sumatoria de los campos subtotales |

1. **ARCHIVO DE CONFORMIDAD CON INFORMACIÓN PRELIMINAR**

El archivo será enviado para manifestar la inconformidad de la AFP, respecto a la información recibida de sus contrapartes en los archivos de saldos brutos preliminares a transferir.

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTIDAD** | **ACTIVIDAD** |
| REMITENTE | AFP que intervienen en el proceso de compensación |
| DESCRIPCIÓN | Este archivo deberá ser enviado el décimo quinto día hábil o en la fecha acordada por las AFP involucradas en la compensación para indicar la no conformidad con el proceso |

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| AFP REMITENTE | La AFP que envía la información |
| AFP DESTINATARIA | La AFP a quien se adeuda los saldos |
| FECHA DE ENVÍO DE ARCHIVO | Fecha de remisión del archivo |
| NÚMERO DE REGISTROS EN EL ARCHIVO | Incluyendo todos los encabezados y resúmenes de secciones y del archivo |
| NÚMERO DE REGISTROS INCLUIDOS EN EL ARCHIVO SALDOS BRUTOS PRELIMINARES | Incluyendo todos los encabezados y resúmenes de secciones y del archivo Saldos Brutos a Transferir |
| VALOR CUOTA REPORTADO EN EL ARCHIVO SALDOS BRUTOS PRELIMINARES | Valor de la cuota al momento del envío reportado en el archivo Saldos Brutos Preliminares |
| INDICADOR DE CONFORMIDAD | En caso que este campo tome valor de cero, deberá entenderse que la entidad que generó el archivo, está conforme con la información recibida, caso contrario deberá indicar el número de registros con los cuales no está conforme, cuyos detalles deberán estar en la siguiente sección del archivo |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado a que pertenece el monto a trasladar |
| INFORMACIÓN DISCREPANTE | En este campo deberá reportarse el tipo de información que ha discrepado con la esperada por la AFP que recibió el archivo |
| TIPO DE ARCHIVO | El código de tipo de archivo corresponde a la extensión del archivo |

1. **ARCHIVO DE SALDOS BRUTOS A TRANSFERIR**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTIDAD** | **ACTIVIDAD** |
| EMISOR DEL ARCHIVO | AFP que informa los saldos |
| RECEPTOR DEL ARCHIVO | Entidad compensadora o AFP compensadora |
| DESCRIPCIÓN | Por medio de este archivo, la AFP informa de los saldos brutos adeudados a las otras AFP en concepto de saldos CIAP y fondos provenientes de rezagos especiales así como de rezagos normales |
| FECHA DE ENVÍO | Último día hábil del mes de entrada en vigencia del traspaso, o de acuerdo a la programación acordada entre las AFP |

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| AFP REMITENTE | La AFP que envía la información |
| AFP DESTINATARIA | La AFP a quien se adeuda los saldos |
| FECHA DE ENVÍO DE ARCHIVO | Fecha de remisión del archivo |
| VALOR CUOTA AL MOMENTO DEL ENVÍO | Valor de la cuota al momento del envío |
| NÚMERO DE REGISTROS EN EL ARCHIVO | Incluyendo todos los encabezados y resúmenes de secciones y del archivo |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado a que pertenece el monto a trasladar |
| PRIMER NOMBRE | Primer nombre del afiliado a trasladar |
| SEGUNDO NOMBRE | Segundo nombre del afiliado a trasladar |
| PRIMER APELLIDO | Primer apellido del afiliado a trasladar |
| SEGUNDO APELLIDO | Segundo apellido del afiliado a trasladar |
| APELLIDO CASADA | Apellido de casada de la afiliada a trasladar |
| NÚMERO DE CUOTAS | El número de cuotas al momento del traspaso |
| MONTO DEL TRASLADO | Monto del traslado de fondos correspondiente al Número de Documento de Identidad del afiliado |
| COA | Detalle de cotizaciones obligatorias del afiliado |
| COE | Detalle de cotizaciones obligatorias del empleador |
| CVA | Detalle de cotizaciones voluntarias del afiliado |
| CVE | Detalle de cotizaciones voluntarias del empleador |
| SUBTOTAL BRUTO CIAP | Monto total de fondos a transferir en concepto de traslados de CIAP |
| SUBTOTAL BRUTO DE FONDOS PROVENIENTES DE REZAGOS | Valor proveniente de rezagos |
| TOTAL DE FONDOS A TRANSFERIR | La sumatoria de los campos subtotales |
| TIPO DE ARCHIVO | El código de tipo de archivo corresponde a la extensión del archivo |

1. **ARCHIVO IDENTIFICADOR DE TRANSACCIÓN**

| **ENTIDAD** | **ACTIVIDAD** |
| --- | --- |
| EMISOR DEL ARCHIVO | La entidad compensadora o AFP que recibe el archivo Saldos Brutos a Transferir (SBT). |
| RECEPTOR DEL ARCHIVO | La AFP que envió el archivo SBT a cuyos registros se han asignado un identificador |
| DESCRIPCIÓN | Por medio de este archivo el remitente notificará de la información de un código identificador de transacción a cada uno de los movimientos reportados por medio del archivo SBT |
| FECHA DE ENVÍO | Último día hábil del mes de entrada en vigencia traspaso, o de acuerdo a la programación acordada por las AFP. |

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| AFP REMITENTE | La AFP que envía la información |
| AFP DESTINATARIA | La AFP a quien se adeuda los saldos |
| FECHA DE ENVÍO DE ARCHIVO | Fecha de remisión del archivo |
| NÚMERO DE REGISTROS EN ESTE ARCHIVO | Incluyendo todos los encabezados y resúmenes de secciones y del archivo |
| FECHA DE TRASLADO DE FONDOS | La fecha en que la AFP trasladaría los fondos en caso que al efectuar la compensación, el saldo neto sea en su contra |
| IDENTIFICADOR DE TRANSACCIÓN | El número asignado a la transacción |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado a que pertenece el monto a trasladar |
| PRIMER NOMBRE | Primer nombre del afiliado a trasladar |
| SEGUNDO NOMBRE | Segundo nombre del afiliado a trasladar |
| PRIMER APELLIDO | Primer apellido del afiliado a trasladar |
| SEGUNDO APELLIDO | Segundo apellido del afiliado a trasladar |
| APELLIDO CASADA | Apellido de casada de la afiliada a trasladar |
| NÚMERO DE CUOTAS | El número de cuotas al momento del traspaso |
| MONTO DEL TRASLADO | Monto del traslado de fondos correspondiente al Número de documento de identidad del afiliado |
| ESTATUS | Este estatus indicará si la información ha sido recibida, así como las consideraciones de la AFP que recibió el archivo SBT sobre esa información |
| TIPO DE ARCHIVO | El código de tipo de archivo corresponde a la extensión del archivo |

1. **ARCHIVO DE SALDOS NETOS A TRASLADAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTIDAD** | **ACTIVIDAD** |
| EMISOR DEL ARCHIVO | La entidad o AFP compensadora |
| RECEPTOR DEL ARCHIVO | Cada AFP que envió un archivo SBT |
| DESCRIPCIÓN | Por medio de este archivo, la entidad compensadora o la AFP que se desempeña como tal, informará de los saldos netos adeudados a las otras AFP en concepto de saldos CIAP |
| FECHA DE ENVÍO | Último día hábil del mes de entrada en vigencia traspaso, o según lo acordado por las AFP |

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| AFP REMITENTE | Código de la AFP que envía la información |
| FECHA DE ENVÍO DE ARCHIVO | Fecha de remisión del archivo |
| NÚMERO DE REGISTROS EN ESTE ARCHIVO | Incluyendo todos los encabezados y resúmenes de secciones y del archivo |
| FECHA DE TRASLADO DE FONDOS | La fecha en que la AFP trasladaría los fondos en caso que al efectuar la compensación el saldo neto sea en su contra |
| AFP ACREEDORA | La AFP a que se adeudan los fondos |
| SUBTOTAL BRUTO CIAP | Monto total de fondos a transferir en concepto de traslados de CIAP |
| SUBTOTAL BRUTO DE FONDOS PROVENIENTES DE REZAGOS | Valor proveniente de rezagos |
| TOTAL DE FONDOS REPORTADOS POR LA AFP ACREEDORA | La sumatoria de los campos subtotales |
| TOTAL DE SALDOS ADEUDADOS A LA AFP QUE RECIBE ESTE ARCHIVO | Detalle del total del saldo adeudado |
| MONTOS NETOS A TRANSFERIR | Calculado como la resta del valor indicado en el campo "Total de saldos adeudados a la AFP que recibe este archivo" menos el valor indicado en el campo "Total de fondos reportados por la AFP acreedora"  En caso de ser positivo, la AFP que recibe este archivo deberá transferir a la AFP que lo envió, la cantidad indicada en el mismo  En caso de ser negativo la AFP que recibe este archivo deberá recibir la cantidad indicada en el mismo |
| TIPO DE ARCHIVO | El código de tipo de archivo corresponde a la extensión del archivo |

1. **ARCHIVO DE ESTADO DE CUENTA ELECTRÓNICO**

Detalla los movimientos de cotizaciones y aportes a la CGS

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| FECHA DE ENVÍO DEL ARCHIVO | Fecha de remisión del archivo |
| CÓDIGO DE INSTITUCIÓN QUE REMITE ARCHIVO | Código de la AFP que envía la información |
| CÓDIGO DE INSTITUCIÓN QUE RECIBE ARCHIVO | Código de la AFP que recibe la información |
| TOTAL DE REGISTROS EN EL ARCHIVO | El total de líneas en el archivo incluyendo los encabezados y resúmenes |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado a que pertenece el monto a trasladar |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | Número de planilla o documento de referencia de la transacción |
| TIPO DE TRANSACCIÓN | Tipo de transacción reportada, sea esta Cargo o Abono |
| SUB TIPO DE TRANSACCIÓN | Sub Tipo de transacción reportada |
| PERÍODO DE DEVENGUE | Año y mes de devengue |
| Nº DE DÍAS COTIZADOS | Número de días cotizados en el mes |
| TIPO DE DOCUMENTO DE PAGO | En función al Sub Tipo de transacción reportado |
| NIT DEL EMPLEADOR | NIT del empleador que hizo la cotización. Irá vacío para los pagos de Independientes |
| RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR | Nombre del empleador que hizo la cotización |
| FECHA DE MOVIMIENTO | Fecha en la cual se reporta el movimiento |
| IBC DECLARADO | Ingreso Base de Cotización declarado |
| MONTO TRANSACCIÓN | Monto de Transacción |
| NÚMERO DE CUOTAS | El número de cuotas al momento del traspaso |
| SECUENCIA ARCHIVO ESTADO CUENTA ELECTRÓNICO | Este campo iniciará en 1 y será un correlativo por afiliado y por AFP |
| CÓDIGO DE AFP | Código de la AFP en que se recibió la Cotización |
| MONTO TOTAL DE CARGOS | Sumatoria total de cargos |
| MONTO TOTAL DE ABONOS | Sumatoria total de abonos |
| TIPO DE ARCHIVO | El código de tipo de archivo corresponde a la extensión del archivo |
| NÚMERO SOLICITUD (1) | Número de solicitud con la que se otorgó el anticipo de saldo (1) |
| NÚMERO DE CUOTAS EQUIVALENTES AL ANTICIPO DE SALDO (1) | Número de cuotas entregadas como anticipo de saldo (1) |
| NÚMERO DE CUOTAS REINTEGRADAS DEL ANTICIPO DE SALDO (1) | Número de cuotas reintegradas del anticipo de saldo (1) |
| PORCENTAJE OTORGADO COMO ANTICIPO DE SALDO (1) | Porcentaje otorgado como anticipo de saldo (1) |
| PORCENTAJE REINTEGRADO COMO ANTICIPO (1) | Porcentaje reintegrado como anticipo de saldo (1) |

1. **ARCHIVO DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD EXCLUIDOS DE LA COMPENSACIÓN DE FONDOS**

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Solicitud de traspaso de afiliados |
| NÚMERO DE SOLICITUD DE TRASPASO | Número documento de traspaso a la AFP |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado |
| FECHA DE APROBACIÓN | Fecha en que se aprueba |
| FECHA DE VIGENCIA | Fecha de entrada en vigencia |
| FECHA DE EXCLUSIÓN | Fecha que procede la exclusión |
| CÓDIGO DE EXCLUSIÓN | Código referente al motivo por el cual procede la exclusión |
| SALDO DE LA CIAP A LA FECHA DE EXCLUSIÓN | Valor del saldo de la CIAP |
| NÚMERO DE CUOTAS A LA FECHA DE EXCLUSIÓN | El número de cuotas al momento de la exclusión |

1. **ARCHIVO DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD INCLUIDOS EN LA COMPENSACIÓN DE FONDOS**

| **NOMBRE DE LA COLUMNA** | **DESCRIPCIÓN** |
| --- | --- |
| TIPO DE DOCUMENTO DE TRASPASO | Solicitud de traspaso de afiliados |
| NÚMERO DE SOLICITUD DE TRASPASO | Número documento de traspaso a la AFP |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de documento de identidad del afiliado |
| FECHA DE APROBACIÓN | Fecha en que se aprueba |
| FECHA DE VIGENCIA | Fecha de entrada en vigencia |
| FECHA DE INCLUSIÓN | Fecha que procede la inclusión |
| PERÍODO DE INCLUSIÓN | Periodo por el cual procede la inclusión |