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

CONSIDERANDO:

I. 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.

II. 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.

III. 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

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

Sujetos

Art. 2.- Los sujetos obligados al cumplimiento de las disposiciones establecidas en las presentes Normas son las Administradoras de Fondos de Pensiones.

Términos

Art. 3.- Para efectos de las presentes Normas, los términos que se indican a continuación tienen el significado siguiente:

a) **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;
b) **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;
c) **AFP:** Administradora de Fondos de Pensiones;
d) **AFP de destino:** Aquella AFP a la que desea traspasarse el afiliado;
e) **AFP de origen:** Aquella AFP en que se encuentra el afiliado en el momento en que solicita el traspaso;
f) **Agente:** Agente de Servicios Previsionales;
g) **Banco Central:** Banco Central de Reserva de El Salvador;
h) **CGS:** Cuenta de Garantía Solidaria de conformidad al artículo 116-A de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones;
i) **CIAP:** Cuenta Individual de Ahorro para Pensiones;
j) **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;
k) **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;
l) **Contrato:** Es el documento, físico o electrónico, que establece la relación jurídica entre una persona natural y una AFP por afiliación y/o traspaso;
m) **CT:** Certificado de Traspaso o valor equivalente a este;
n) **CUA:** Código Único de Agente;
o) **Días:** Cuando se utilice para un plazo se deberá entender que se refiere a días calendarios;
p) **Documento de Identidad:** Podrá ser el Documento Único de Identidad, Carné de Minoridad, Pasaporte o Carné de Residente, según corresponda;
q) **DUI:** Documento Único de Identidad;
r) **HL:** Historial Laboral;
s) **Instituciones Previsionales:** Administradora de Fondos de Pensiones, Instituto Salvadoreño del Seguro Social e Instituto Salvadoreño de Pensiones;
t) **INPEP:** Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos;
u) **ISSS:** Instituto Salvadoreño del Seguro Social;

v) **Ley SP:** Ley Integral del Sistema de Pensiones;
w) **Mes de confirmación del traspaso:** Mes en que la AFP de origen confirma, a la AFP de destino, que procede el traspaso;
x) **Mes de entrada en vigencia del traspaso:** Mes en que se inicia la relación contractual entre el afiliado y la AFP de destino;
y) **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;
z) **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;
aa) **SP:** Sistema de Pensiones; y
bb) **Superintendencia:** Superintendencia del Sistema Financiero.

TÍTULO II
DEL TRASPASO ENTRE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

CAPÍTULO I
DE LOS PROCEDIMIENTOS

Art. 4.- 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
Art. 5.- El afiliado podrá traspasarse de una AFP a otra, en los casos siguientes:

a) Cuando hubieren realizado al menos doce cotizaciones mensuales en una misma AFP;
b) 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
c) Ante la fusión o disolución de la AFP de origen. (1)

Art. 6.- 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

Art. 7.- 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:

a) 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;
b) El afiliado o beneficiario deberá revisar la solicitud y firmarla;
c) 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;
d) 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;
e) 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;
f) 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;

g) 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;

h) 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;

i) 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)

   i. Solicitud de Confirmación de Traspaso de Afiliados;
   ii. Solicitud de Confirmación de Traspaso de Beneficiarios;
   iii. Detalle de Beneficiarios de pensión de sobrevivencia;
   iv. Resultado de la comparación de datos contenidos en la solicitud de traspaso;
   v. Las solicitudes de traspaso improcedentes debido a que los afiliados o beneficiarios no cumplen con los requisitos para traspasarse;
   vi. Detalle de los afiliados o beneficiarios que llenaron formulario de cancelación del trámite de traspaso; y
   vii. Detalle de los traspasos confirmados, a los que se concretizó el cambio de información.

j) 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;

k) 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

l) 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.

Art. 8.- Otras consideraciones especiales dentro del proceso de traspaso son las siguientes:

a) 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;

b) 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;
c) 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";
d) 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;
e) 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;
f) Las cotizaciones que las AFP de origen o AFP de destino reciban erróneamente por parte del empleador de afiliados ajenos, se tratarán como rezagos;
g) 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
h) 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

Art. 9.- Será responsabilidad de la AFP de origen, verificar y considerar las causales de improcedencia de dicho traspaso, de acuerdo a lo siguiente:

a) Que el Afiliado se encuentre en trámite de traspaso con otra AFP;
b) 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;
c) Que la AFP de destino entre en proceso de disolución/liquidación o fusión;
d) 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)
e) Que el afiliado no posea saldo en su CIAP;
f) Que el afiliado fallezca antes de la vigencia del traspaso;

g) Que el afiliado haya iniciado trámite de otorgamiento de beneficio; y
h) Que el afiliado tenga una solicitud de calificación de invalidez pendiente de resolver.

Del procedimiento para dejar sin efecto un traspaso

Art. 10.- 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.

Art. 11.- Para dejar sin efecto un traspaso, la Superintendencia podrá actuar de oficio o a petición de parte, de acuerdo a lo siguiente:

a) **De Oficio:** Si la Superintendencia comprobase lo siguiente:
   i. Que la firma que aparece en el formulario respectivo es falsificada; o
   ii. 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.
b) **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

Art. 12.- 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.

Art. 13.- 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.

Art. 14.- 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.

Art. 15.- 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.

Art. 16.- 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)

Art. 17.- 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

Art. 18.- 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.

Art. 19.- 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

Art. 20.- 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

Art. 21.- 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

Art. 22.- 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

Art. 23.- 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

Art. 24.- 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

Art. 25.- 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

Art. 26.- 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:

a) Tipo y número de Documento de Identidad;
b) Nombre del afiliado;
c) Tipo y número de documento de traspaso;
d) Fecha de confirmación del traspaso; y
e) Fecha de inicio de relación contractual con la AFP de destino.

De estas comunicaciones deberá enviarse copia a la Superintendencia.

Art. 27.- 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

Art. 28.- 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

Art. 29.- 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

Art. 30.- 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

Art. 31.- 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

Art. 32.- 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

Art. 33.- 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.

Anexo No. 1

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:

a) El título "Solicitud de Traspaso".
b) 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)."
c) Tipo de solicitante:
    i. Afiliado;
    ii. Derogado (1)
    iii. Derogado (1)
    iv. Derogado (1)
    v. Pensionado/Representante pensionado por sobrevivencia.
d) 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.
e) Firma del solicitante. Al llenar este espacio pueden presentarse los casos siguientes:
    i. 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;
    ii. 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:

Anexo No. 1

$$\underbrace{COD}_{\substack{CODIGO\\AFP}}\ \underbrace{X}_{SERIE}\ \underbrace{999999}_{CORRELATIVO}$$

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:

a) Número y tipo de documento de identidad del solicitante;
b) 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;
c) Número del ISSS del solicitante, en los casos que aplique;
d) Número del INPEP del solicitante, en los casos que aplique;
e) Teléfono del lugar de residencia o celular del solicitante;
f) Correo electrónico del solicitante y anuencia para recibir notificaciones electrónicas;
g) Nombres y apellidos por los que se conoce al soliciante, si fuera el caso, de acuerdo al documento de identidad presentado;
h) Nacionalidad del solicitante;
i) Sexo del solicitante;
j) Fecha de nacimiento del solicitante, de acuerdo al documento de identidad que se presente;
k) Dirección del solicitante, Municipio, Departamento y País; y
l) 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

a) Nombre o razón comercial de la AFP de origen;
b) Tipo de relación laboral del afiliado de acuerdo a lo siguiente:
    i. Dependiente, aquel trabajador que mantiene una relación de subordinación laboral con uno o varios empleadores; e
    ii. Independiente, es aquel que no mantiene vínculos de subordinación laboral;
c) 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.

Anexo No. 1

Datos del empleador

a) Número total de empleadores;
b) Nombre, denominación o razón social;
c) Fecha de inicio de labores con empleadores;
d) Número de Identificación Tributaria del empleador, sea persona natural o jurídica;
e) Teléfono;
f) Fax;
g) Dirección;
h) Municipio o Ciudad;
i) Departamento o Estado; y
j) 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

a) 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
b) 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

a) 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;

b) La leyenda: "Ambas partes nos comprometemos al cumplimiento de las cláusulas contenidas al dorso de este documento, las cuales conocemos y aceptamos.";

c) 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;

d) 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)

e) 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:

a) Nombre y logo de la AFP de destino;

b) 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;

c) 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).";

d) La fecha en que solicita traspasarse a la AFP. Esta fecha deberá coincidir con la contenida en la solicitud; y

e) La firma y código del Agente que tramita la solicitud.

Anexo No. 1

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:

a) Gestionar y otorgar al Solicitante las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley Integral del Sistema de Pensiones y sus Normas Técnicas;
b) 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);
c) Recibir de los empleadores y de los Afiliados independientes las cotizaciones obligatorias correspondientes a su CIAP y los aportes a la CGS;
d) 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;
e) 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;

f) 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;
g) Enviar al afiliado por el medio que indique, la copia del presente contrato que le corresponde;
h) Realizar, sin costo alguno para el Afiliado, todos los trámites relacionados con la emisión del Certificado de Traspaso;
i) 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
j) 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:

a) 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)
b) 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;
c) 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
d) 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)

Anexo No. 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:

a) 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;
b) 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
c) 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:

a) 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;
b) 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;
c) Cuando fallezca el Afiliado y el saldo de su CIAP sea otorgado como herencia, de acuerdo a la Ley SP; y
d) Cuando se realice la devolución del saldo total de la CIAP, para los casos establecidos en la Ley SP.

Anexo No. 1

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.

Anexo No. 2

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:

a) Fecha en que se solicita la cancelación del trámite;
b) Nombre del Solicitante;
c) Tipo y número del Documento de Identidad del Solicitante;
d) Nombre de la AFP de origen;
e) Nombre de la AFP de destino;
f) Número de Solicitud de Traspaso; y
g) Firma del Solicitante o persona a ruego en los casos que no sepa o no sea físicamente capaz de firmar.

Anexo No. 3

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.

2. INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN EN EL PROCESO DE TRASPASOS

a) 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;
b) 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".

a) **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

Anexo No. 3

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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:

Anexo No. 3

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

b) **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

Anexo No. 3

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

c) **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

Anexo No. 3

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

d) **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

Anexo No. 3

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

e) **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

Anexo No. 3

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

f) 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.

Anexo No. 3

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

g) **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

Anexo No. 3

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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)

h) **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

Anexo No. 3

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

4. SOBRE EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN ELECTRÓNICA POR PARTE DE LA AFP DE ORIGEN

a) **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.

b) **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.

c) **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.

d) **ARCHIVO DE DATOS GENERALES DE AFILIADOS**

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

Anexo No. 3

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

Anexo No. 3

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

e) **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

Anexo No. 4

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	Primer día 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

Anexo No. 4

No.	ENTIDAD	ACTIVIDAD	PLAZO / MEDIO
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.

Anexo No. 4

No.	ENTIDAD	ACTIVIDAD	PLAZO / MEDIO
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:

a) **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

Anexo No. 4

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
TOTAL A TRASLADAR	La sumatoria de los campos TOTAL CIAP DEL AFILIADO

b) 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.

c) 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

Anexo No. 4

ENTIDAD	ACTIVIDAD
	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

Anexo No. 4

d) 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

Anexo No. 4

e) 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

Anexo No. 4

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

f) 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

Anexo No. 4

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

g) 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

Anexo No. 4

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

h) 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

Anexo No. 4

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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)

i) 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

Anexo No. 4

NOMBRE DE LA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
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

j) 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