

# LINEAMIENTOS PARA LA AFILIACIÓN A ENTIDADES AUTORIZADAS

Publicado en La Gaceta No. 242 del 16 de diciembre del 2014

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN SISTEMA CENTRALIZADO DE RECAUDACIÓN

ÁREA REGISTRO Y CONTROL DE APORTACIONES

## LINEAMIENTOS PARA LA AFILIACIÓN A ENTIDADES AUTORIZADAS

Establece las pautas que deben seguir las diferentes entidades involucradas en los procesos de afiliación de nuevos trabajadores, traslado de una Entidad Autorizada a otra y ajuste de afiliación en el Fondo de Capitalización Laboral y Fondo Complementario de Pensión Obligatoria, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Protección al Trabajador, Ley de Notificaciones Judiciales, Código Penal, Código Procesal Civil, Ley de Certificados, firmas digitales y documentos electrónicos y demás normativa relacionada vigente.

Para los presentes lineamientos se utilizará la siguiente terminología:

**C.C.S.S.:** Léase Caja Costarricense de Seguro Social.

**SICERE:** Significa Sistema Centralizado de Recaudación.

**SUPEN:** Léase Superintendencia de Pensiones.

**Entidad Autorizada:** Se refiere a las Operadoras de Pensiones, sociedades anónimas autorizadas por la SUPEN para administrar los fondos de pensiones y de capitalización laboral dispuestos en la Ley de Protección al Trabajador.

**Afiliado:** Trabajador cuyos datos fueron registrados en el Sistema Centralizado de Recaudación, en el proceso de afiliación.

**Operadora Origen:** Entidad Autorizada en la cual se encuentra afiliado el trabajador al momento de gestionar un traslado o ajuste.

**Operadora Destino:** Entidad Autorizada a la cual se traslada o se ajusta un afiliado.

**Oficina Virtual del SICERE:** Herramienta tecnológica dispuesta en Internet para gestionar el trámite de afiliación, traslado y ajustes de afiliados.

»Nombre de la norma: Lineamientos para la afiliación a entidades autorizadas

## **1. Afiliación y traslado de entidad autorizada**

1.1. Requisitos para la afiliación o el traslado: La afiliación o traslado se tramitará ante el SICERE de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante la Oficina Virtual del SICERE, según lo siguiente:

1.1.1 Podrá ser solicitado en las Entidades Autorizadas, quienes tendrán acceso a dicho sistema. Para tales efectos el trabajador deberá firmar el documento denominado "Solicitud de Afiliación a Entidad Autorizada" (ver anexo 1), aceptando la afiliación o traslado según corresponda.

Para fines de identificación, las personas nacionales deberán presentar su cédula de identidad mientras que personas extranjeras deberán aportar el número de seguro social, además de su cédula de residencia DIMEX (Documento de identificación de Migración y Extranjería), pasaporte o el permiso laboral, documentos que deberán estar en buen estado y vigentes.

El afiliado que no pueda presentarse personalmente a tramitar la afiliación o el traslado ante la Entidad Autorizada, podrá realizar dicho trámite mediante un apoderado, legalmente facultado para realizar ese acto, a quién le extenderá un Poder Especial que debe reunir necesariamente las características descritas en el anexo 2.

La documentación que respalda las afiliaciones y traslados gestionados por las Entidades Autorizadas, será custodiada por la Operadora Destino.

1.1.2 El trabajador podrá gestionar la afiliación o traslado en forma electrónica, mediante la Oficina Virtual del SICERE utilizando su certificado de firma digital nacional, según los requisitos y responsabilidades que la administración disponga. Para tales efectos deberá completar la información requerida en el formulario electrónico "Solicitud de Afiliación a Entidad Autorizada" dispuesto en dicha herramienta.

#### 1.2 Gestión de afiliación o traslado.

1.2.1 El formulario "Solicitud de Afiliación a Entidad Autorizada" estará disponible en la Oficina Virtual del SICERE y estará identificado según el siguiente detalle:

<b>Tipo de Afiliación</b>	<b>Número Formulario</b>
Afiliación	NPAAMMXXXXXXX
Libre Transferencia	TPAAMMXXXXXXX
Cambio Comisión / Cambio de Control Accionario	OPAAMMXXXXXXX
Fusión	FPAAMMXXXXXXX
Cierre	QPAAMMXXXXXXX

Donde:

N, T, O, F, Q: Corresponde el tipo de afiliación que solicita el trabajador.

P: Corresponde al código del perfil de quién gestionó la afiliación o traslado, según el siguiente detalle:

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
---------------	--------------------

A	Afiliado
E	Entidad Autorizada

AA: Corresponde al año en que se genera el formulario.

MM: Corresponde al mes en que se genera el formulario.

XXXXXXX: Corresponde a siete dígitos de un número consecutivo.

1.2.2 El formulario para gestionar un traslado por Cambio de Comisión, Cambio de Control Accionario, Fusión o Cierre de Entidad Autorizada, sólo estará disponible en la Oficina Virtual del SICERE durante el plazo que para tales efectos establezca la SUPEN.

1.2.3 Para gestionar la afiliación o traslado directamente en la Oficina Virtual del SICERE, el usuario seleccionará el tipo de afiliación, según lo descrito en el punto 1.2.1 y en caso de que cumpla con los requisitos establecidos para tales efectos, aplicará la misma.

1.2.4 Si la gestión la realiza una Entidad Autorizada, ésta solo podrá aplicar traslados de sus afiliados hacia otras Entidades Autorizadas, excepto en el caso de las nuevas afiliaciones, que únicamente podrá ingresar nuevos afiliados a su propia Entidad Autorizada.

1.2.5 Para la gestión de afiliaciones y traslados, tanto por parte de Entidades Autorizadas como por parte de los trabajadores, se deberá contar con un certificado de firma digital nacional.

1.3 Firmeza de la afiliación o traslado:

1.3.1 Una vez aplicada la afiliación ante el SICERE mediante su Oficina Virtual, éstos adquirirán firmeza en el SICERE. A partir de esa fecha todos los aportes que se recauden a favor del afiliado, serán enviados a la Operadora Destino del trabajador.

1.3.2 El Área Registro y Control de Aportaciones, emitirá un archivo que contendrá la información de los movimientos de afiliación, el cual se comunicará diariamente, de lunes a viernes, mediante correo electrónico, según el siguiente detalle:

Entidad a comunicar	Información que incluye el archivo a comunicar
SUPEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traslados (Libre Transferencia, Cambio de Entidades Autorizadas Comisión, Cambio de Control Accionario, Fusión o Cierre)</li> <li>Ajustes de afiliación</li> <li>Corrección de registros</li> </ul>

Entidades Autorizadas	• Afiliaciones de primer ingreso (voluntarias y automáticas)
-----------------------	--

La estructura del archivo será tipo texto, cuya estructura se describe en el anexo 3.

1.3.3 El traslado de recursos lo gestionarán las Entidades Autorizadas, en los plazos que establece la normativa vigente aplicable.

#### 1.4 Responsabilidades

1.4.1 De la entidad que gestiona la afiliación o el traslado.

1.4.1.1 Verificar que el solicitante cumpla con los requisitos dispuestos en el numeral 1.1.1 de los presentes lineamientos.

1.4.1.2 Registrar en el SICERE de forma inmediata la información correcta y completa de la afiliación o traslado que gestione.

1.4.1.3 La Operadora Origen deberá trasladar el formulario original "Solicitud de Afiliación a Entidad Autorizada", debidamente firmado por el afiliado, junto con las correspondientes copias de los documentos de identificación y del Poder Especial, éste último, en caso de haberse utilizado por el interesado para gestionar la afiliación, a la Operadora Destino escogida por el afiliado, en un plazo máximo de 5 días hábiles posteriores a aplicada la gestión del traslado en el SICERE. En caso de incumplimiento en la remisión de la documentación referida o de los plazos de traslado por parte de la Operadora Origen, la Operadora Destino deberá informar sobre el particular a la Superintendencia de Pensiones y al SICERE.

1.4.1.4 La Operadora Destino debe custodiar estrictamente el formulario original "Solicitud de Afiliación a Entidad Autorizada", debidamente firmado por el afiliado, junto con las correspondientes copias de los documentos de identificación o el Poder Especial, éste último en caso de haberse utilizado por el interesado para la gestión de afiliación, mismos que podrán ser solicitados por SICERE ante la necesidad de verificar la afiliación de un trabajador, por solicitud del trabajador mismo o de la Superintendencia de Pensiones.

La custodia de los documentos referidos por parte de las entidades, no podrá ser inferior a 10 años (mayor plazo de prescripción de la acción penal establecida en el Código Penal). Serán aplicables las responsabilidades derivadas del delito de "Supresión, ocultación y destrucción de documentos", establecidas en el artículo 362 del Código Penal.

SICERE podrá realizar verificaciones periódicas en las Entidades Autorizadas para corroborar la correcta custodia de la documentación referida.

1.4.2 Del solicitante de la afiliación o traslado:

1.4.2.1 Suministrar a la entidad que gestiona la afiliación o traslado, la información correcta y completa, así como los documentos requeridos en el numeral 1.1.

## **2. Ajuste de Afiliación**

2.1 El ajuste de afiliación se realizará bajo las siguientes condiciones:

2.1.1 Cuando sea resultado de un error en la tramitación de la solicitud de afiliación.

2.1.2 Cuando se esté ante una solicitud de unificación de números de identificación correctos en SICERE.

2.1.3 Cuando los Tribunales de Justicia determinen que la solicitud de afiliación no expresa la voluntad del afiliado.

2.2 La comunicación de los ajustes se realizará conforme lo descrito en los puntos 1.3.2 y 1.3.3 de los presentes lineamientos.

## **Anexo 1**

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN A ENTIDAD AUTORIZADA**

Entidad Autorizada Origen FCL:  
Entidad Autorizada Origen ROP:  
Identificación:  
Nombre:

<p style="text-align: center;"><b>Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias (ROP)</b></p> <p>Fecha de Afiliación                      # Formulario</p> <p>Entidad Autorizada Destino</p> <p style="text-align: center;">Firma del Afiliado</p>	<p style="text-align: center;"><b>Fondo Capitalización laboral (FCL)</b></p> <p>Fecha de Afiliación                      # Formulario</p> <p>Entidad Autorizada Destino</p> <p style="text-align: center;">Firma del Afiliado</p>
---	---

Firma del Funcionario Responsable

## Anexo 2

### Poder Especial

Cuando se otorgue poder a un tercero para que a nombre de otro realice el trámite de afiliación o traslado a una Entidad Autorizada, debe utilizarse un PODER ESPECIAL, documento en el que se deben observar las siguientes formalidades, según la modalidad en que haya sido otorgado:

#### **Poder Especial otorgado en documento privado:**

- i. Debe constar la firma del poderdante (quien lo confiere).
- ii. Debe indicar expresamente para qué acto específico se confiere el Poder Especial (indicando el o los fondos que desea trasladar, la entidad destino a la cual desea trasladar cada fondo, así como el plazo en que deberá realizarse dicho traslado)
- iii. Debe indicar la fecha de otorgamiento.

iv. El Poder Especial no podrá estar escrito en letra manuscrita y no podrá contener espacios en blanco para ser completados a conveniencia del interesado.

v. Autenticación por parte del Notario. La cual deberá contener los mecanismos de seguridad que garanticen la autenticidad y pertenencia al notario autorizante (papel de seguridad del notario respectivo el cual contiene código de barras, número de cédula y nombre del notario y número de carné del Colegio de Abogados); así como la firma del notario, sello tinta, sello blanco y los timbres respectivos.

Dicha autenticación deberá indicar que las firmas del Poder Especial son auténticas y que fueron estampadas en presencia del Notario. Este documento deberá adherirse con pegamento de forma total por la parte posterior del Poder Especial.

#### **Poder Especial otorgado en escritura pública:**

i. El Poder Especial otorgado en escritura pública deberá ser emitido en papel de seguridad y debe contener los mecanismos de seguridad que garanticen la autenticidad y pertenencia al notario autorizante (papel de seguridad del notario respectivo el cual contiene código de barras, número de cédula y nombre del notario y número de carné del Colegio de Abogados); así como la firma del notario, sello de tinta, sello blanco y los timbres respectivos.

ii. Debe indicar expresamente para qué acto específico se confiere el Poder Especial (indicando el o los fondos que desea trasladar, la entidad destino a la cual desea trasladar cada fondo, así como el plazo en que deberá realizarse dicho traslado)

iii. Debe indicar la fecha de otorgamiento.

iv. El Poder Especial no podrá estar escrito en letra manuscrita y no podrá contener espacios en blanco para ser completados a conveniencia del interesado.

Todo lo anterior de acuerdo con los artículo 1251 y 1256 del Código Civil; artículo 70, siguientes y concordantes del Código Notarial y los Lineamientos para el Ejercicio y Control del Servicio Notarial.

#### **Anexo 3**

Estructura de Archivo Comunicación de Afiliaciones Origen : SICERE / Destino : Entidades Autorizadas Periodicidad: Diaria (Lunes a Viernes) - Tipo de Transferencia : Depósito automático en el FTP de la CCSS Nombre: scraXX\_afil\_YYYYMMDDHHMISS.lzh (Donde XX corresponde al Código de la Operadora Destino)



POSICION	NOMBRE CAMPO	DESCRIPCION	TIPO	LONGITUD (MAXIMA)
1	Tip_Movimiento	Indicador del tipo de afiliación (N=Nueva Afiliación Voluntaria, A=Nueva Afiliación Automática, T=Libre Transferencia, J=Ajuste de Afiliación, P=Corrección dato erróneo, O=Cambio de Comisión o Cambio de Control Accionario, F=Fusión y Q=Cierre de Operadora)	Carácter	1
2	Cod_Entidad_Destino	Código de Operadora Destino	Alfanumérico	3
3	Tip_Fondo	Tipo de Fondo (FCL = L, ROP = P)	Alfabético	1
4	Fec_Generacion	Fecha de generación del archivo	Fecha (Formato AAAAMMDD)	8
5	Num_Formulario_Destino	Número de formulario	Alfanumérico	30
6	Tip_Identificación_Destino	Tipo de Identificación Destino	Numérico	1
7	Num_Identificacion_Destino	Número Identificación Destino	Numérico	25
8	Nom_Nombre_Destino	Nombre Persona	Alfanumérico	60
9	Nom_Apellido1_Destino	Primer Apellido de la Persona	Alfanumérico	40
10	Nom_Apellido2_Destino	Segundo Apellido de la Persona	Alfanumérico	40
11	Num_Seguro	Número se Seguro Social Identificación Destino	Numérico	25
12	Cod_Pais	Código del país	Numérico	3
13	Cod_Sexo	Código de Género de la Persona	Alfabético	1
14	Fec_Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Fecha (Formato DD/MM/AAAA )	10
15	Num_Telefono_Res	Teléfono residencial	Numérico	10
16	Cod_Provincia	Provincia	Numérico	3
17	Cod_Cantón	Cantón	Numérico	3
18	Cod_Distrito	Distrito	Numérico	3
19	Dir_Correspondencia	Dirección de correspondencia.	Alfanumérico	70
20	Apartado_Postal	Apartado Postal	Alfanumérico	15
21	Num_Fax	Número de Fax	Numérico	10
22	Dir_Electronica	Dirección de Correo Electrónico (E-mail)	Alfanumérico	70
23	Cod_Estado_Civil	Código de Estado Civil	Alfanumérico	1
24	Cod_Promotor	Número de Credencial del Promotor (Solo se informa en transacciones realizadas por un promotor de Entidad Autorizada)	Numérico	9
25	Fec_Formulario	Fecha del Formulario de afiliación	Fecha (Formato DD/MM/AAAA )	10
26	Cod_Entidad_Origen	Código de la Operadora Origen (Solo se informa en transacciones de movimientos de afiliación)	Alfanumérico	3
27	Tip_Identificación_Origen	Tipo de Identificación Origen (Solo se informa en transacciones de movimientos de afiliación)	Numérico	1
28	Num_Identificacion_Origen	Número de Identificación Origen (Solo se informa en transacciones de movimientos de afiliación)	Numérico	25