

ANEXO 2
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
DOBLE PERCEPCIÓN - DOCENTES UNIVERSITARIOS

1.1. Nombre del Archivo

El nombre de los archivos deberá tener la siguiente estructura:

XXXXXXEEDD_MM_AAAA.TXT

xxxxxx	Distinción del Archivo. BDDPDU: Base de Datos Doble Percepción Docentes Universitarios
EE	Código de la AFP
DD	Día correspondiente a la fecha de reporte de información. Ultimo día calendario del mes 2012^Bravesde reporte.
MM	Mes correspondiente a la información enviada, con dos dígitos. Los datos deben estar actualizados al último día calendario del mes citado.
AA	Año correspondiente a la información enviada
TXT	Extensión del archivo

1.2. Tipo de Archivo y Formato de Registro

El archivo deberá tener las siguientes características:

Tipo de Archivo	ASCII
Separador de campo	Barra vertical ()
Fin de Línea	CR+LF
Fin de Archivo	EOF
Longitud de Registro	Variable
Formato fecha	AAAAMMDD
Separador de decimales	Punto (.)
Agrupación de miles	Ninguno
Formato Numérico	999...999.99

1.3. Estructura de la Base de Datos

Nro.	CAMPO	FORMATO	LONGITUD	EJEMPLO	DOMINIO
1	CODIGO DE AFP	AA	2	01	01: AFP Futuro de Bolivia
2	No. SOLICITUD	AAA...AAA	5	12345	Número de Solicitud
3	PECHA DE	AAAAMMDD	8	19990201	Fecha de la Solicitud
4	TIPO DE SOLICITUD	AAAAMMDD	5	PSV	PV. Pensión de Vejez PSV; Pensión Solidaria de Vejez PTCCM: Pago
8	CUA	AAA...AAA	9		Rellenado con ceros a la izquierda
9	TIPO_ID	A	1	Tipo del documento de identidad.	R: RUN I:Carnet de Identidad P:Pasaporte
10	NUM_ID	AAA...AAA	13	Número de documento de	Rellenado con ceros a la izquierda
11	EXTENSION	AA	2	Lugar de extensión del documento.	
12	PRIMER_APELLID	AAA...AAA	20	Apellido Paterno	
13	SEGUNDO_A	AAA...AAA	20	Apellido Materna	
14	PRIMER_NOMBRE	AAA...AAA	20	Primer Nombre	
15	SEOUNDONOMB	AAA...AAA	20	Segundo Nombre	
16	APELLIDO_CASAD	AAA...AAA	20	Apellidos de	
17	DET_PERIODOS	AAA...AAA	200	NOV-2010; DIC-	Detalle de Periodos Identificados en los ultimo 36
18	TIEMPO COMPLETO	AA	2	SI; NO	SI: El Asegurado trabajó a Tiempo Completo los periodos identificados por la AFP NO: EL Asegurado NO trabajó a Tiempo
19	EMPLEADOR	AAA...AAA	200	Universidad Mayor de San Andrés	Nombre de la Universidad Pública
20	TIPO_ID_EMP	AAA...AAA	3	NIT	Tipo de Identificación del Empleador Ejemplo COR: NIT
21	No_IDI_EMP	AAA	15		Número de Identificación del Empleador
22	CITE.ENVIO	AAA...AAA	20		Cite de la nota enviada a la Universidad Pública
23	FECHA DE ENVIO	AAAAMMDD	8	19990201	Fecha de Solicitud de Información enviada a La Universidad Pública
24	RESP_EMP	AA	2	SI; NO	SI: EL Empleador dio respuesta a la solicitud de la AFP
25	FECHA DE RESP	AAAAMMDD	8	19990201	Fecha de Respuesta del Empleador, si corresponde
26	CITE_ENVIO_RESP	AAA...AAA	20		Cite de la nota de respuesta enviada por la Universidad Publica

*Si el detalle de periodos corresponde a dos o más universidades, se deberá desglosar por Universidad Publica el detalle de periodos identificados.

ANEXO 3
Formulario de Declaración de Doble Percepción
para Docentes de Universidades Públicas

DECLARACIÓN JURADA

EL "Formulario de Declaración sobre Doble Percepción" se considera una **Declaración Jurada**.

La AFP emitirá una nota al Empleador con el objeto de verificar la información proporcionada.

YO ASEGURO(A) _____ CON CUA _____ Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° _____

Y QUE ESTOY PRESSETANDO SOLICITUD DE PENSIÓN DE VEJEZ EN FECHA _____ DELCARO QUE _____

A LA FECHA, TRABAJO EN LA UNIVERSIDAD _____

HE CONCLUIDO I ULTIMA REALCIÓN DE DEPENDENCIA EN LA UNIVERSIDAD _____ EN FECHA _____

Llenar sólo en el caso de Asegurado Dependientes con Periodo Cotizados en Universidades Públicas

NO (En caso negativo no es necesario llenar la información señalada a continuación)

He trabajado como Docente a Tiempo Completo durante al menos 24 de los últimos 36 meses en:

_____ (Nombre de la Universidad Pública)

Detalle de todos los Periodos Identificados como Docente a Tiempo Completo durante los últimos meses

* Es obligación de la AFP Identificar el detalle de todos los periodos editados por Universidades del Sector Público en los últimos 36 meses v comunicar este detalle al Asegurado.

* Es responsabilidad del Asegurado Informar aquellos periodos que hubiera trabajado como Docente a Tiempo Completó dentro de los periodos Identificados.

NOTIFICACIÓN:

SEÑOR ASEGURADO, LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SE EFECTÚA EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 11 DE LA LEY No. 211 Y EL ARTICULO 6 DEL DECRETO SUPREMO No. 1134, CON EL FIN DE IDENTIFICAR POSIBLES CASOS DE DOBLE PERCEPCIÓN DE ASEGURADOS QUE HUBIERAN TRABAJADO A TIEMPO COMPLETO EN UNIVERSIDADES DEL SECTOR PÚBLICO. LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. SERÁ VALIDADA CON LA UNIVERSIDAD PÚBLICA EN LA CUAL USTED HUBIERA PRFSTADO SERVICIOS DE DOCENCIA A TIEMPO COMPLETO.

LUGAR: _____ FECHA:

FIRMA DEL ASEGURADO

FRIMA DEL REPRESENTANTE DE LA AFP