

ANEXO 2

Estructura de la Base de Datos de Asegurados PMM y Causantes PMM. Especificaciones Técnicas

Tipo de Archivo y Formato de Registro

El archivo deberá tener las siguientes características:

Tipo de Archivo	ASCII (Archivo de texto TXT)
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

Nro.	CAMPO	FORMATO	LONGITUD	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN DE DOMINIO
1	PRIMER_APELLIDO	AAA...AAA	20	Apellido Paterno	
2	SEGUNDO_APELLIDO	AAA...AAA	20	Apellido Materno	
3	PRIMER_NOMBRE	AAA...AAA	20	Primer Nombre	
4	SEGUNDO_NOMBRE	AAA...AAA	20	Segundo Nombre	
5	APELLIDO_CASADA	AAA...AAA	20	Apellido de Casada (Si corresponde)	
6	FECHA_NACIMIENTO	AAAAMMDD	8	Fecha de nacimiento	
7	TIPO_ID	A	1	Tipo del documento de identidad	R: RUN I: Carnet de Identidad P: Pasaporte E: Carnet Extranjero
8	NUM_ID	AAA...AAA	13	Número de documento de identidad	Rellenado con ceros a la izquierda
9	ESTADO	A	1	Estado	V: Vivo F: Fallecido
10	FECHA_FALLECIMIENTO	AAAAMMDD	8	Fecha de fallecimiento (SI corresponde)	

ANEXO 3

Estructura de la Base de Datos de Derechohabientes.

Especificaciones Técnicas

Tipo de Archivo y Formato de Registro

El archivo deberá tener las siguientes características:

Tipo de Archivo	ASCII (Archivo de texto TXT)
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

Nro.	GRUPO	FORMATO	LONGITUD	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN DE DOMINIO
1	PRIMER_APELLIDO	AAA...AAA	20	Apellido Paterno del Causante	
2	SEGUNDO_APELLIDO	AAA...AAA	20	Apellido Materno del Causante	
3	PRIMER_NOMBRE	AAA...AAA	20	Primer Nombre del Causante	
4	SEGUNDO_NOMBRE	AAA...AAA	20	Segundo Nombre del Causante	
5	APELLIDO_CASADA	AAA...AAA	20	Apellido de Casada de la Causante (Si corresponde)	
6	CUA	AAA...AAA	9	Código Único del Asegurado	Rellenado con ceros a la izquierda
7	PRIMER_APELLIDO_DH	AAA...AAA	20	Apellido Paterno del Derechohabiente	
8	SEGUNDO_APELLIDO_DH	AAA...AAA	20	Apellido Materno del Derechohabiente	
9	PRIMER_NOMBRE_DH	AAA...AAA	20	Primer Nombre del Derechohabiente	
10	SEGUNDO_NOMBRE_DH	AAA...AAA	20	Segundo Nombre del Derechohabiente	
11	APELLIDO_CASADA_DH	AAA...AAA	20	Apellido de Casada del Derechohabiente (Si corresponde)	
12	PARENTESCO				C: Cónyuge Co: Conviviente H: Hijo/ Hija P: Padre M: Madre HN: Hermano / Hermana
* Añadir en el mismo formato el Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre de cada uno de los hijos que reciben pensión, si corresponde.					

ANEXO 4

Estructura de la Base de Datos de Beneficiarios Especificaciones Técnicas

Tipo de Archivo y Formato de Registro

El archivo deberá tener las siguientes características:

Tipo de Archivo	ASCII (Archivo de texto TXT)
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

Nro.	GRUPO	FORMATO	LONGITUD	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN DE DOMINIO
1	PRIMER_APELLIDO	AAA...AAA	20	Apellido Paterno del Asegurado o Causante	
2	SEGUNDO_APELLIDO	AAA...AAA	20	Apellido Materno del Asegurado o Causante	
3	PRIMER_NOMBRE	AAA...AAA	20	Primer Nombre del Asegurado o Causante	
4	SEGUNDO_NOMBRE	AAA...AAA	20	Segundo Nombre del Asegurado o Causante	
5	APELLIDO_CASADA	AAA...AAA	20	Apellido de Casada de la Asegurada o Causante (Si corresponde)	
6	CUA	AAA...AAA	9	Código Único del Asegurado	Rellenado con ceros a la izquierda
7	PRIMER_APELLIDO_DH	AAA...AAA	20	Apellido Paterno del Derechohabiente	
8	SEGUNDO_APELLIDO_DH	AAA...AAA	20	Apellido Materno del Derechohabiente	
9	PRIMER_NOMBRE_DH	AAA...AAA	20	Primer Nombre del Derechohabiente	
10	SEGUNDO_NOMBRE_DH	AAA...AAA	20	Segundo Nombre del Derechohabiente	
11	APELLIDO_CASADA_DH	AAA...AAA	20	Apellido de Casada del Derechohabiente (Si corresponde)	
12	PARENTESCO				C: Cónyuge Co: Conviviente H: Hijo / Hija P: Padre M: Madre HN: Hermano / Hermana
13	ESTADO			Estado de pago del PMM	H: Habilitado S1: Suspendido por * S2: Suspendido por * S3: Suspendido por *
*Causal de suspensión que deberá ser señalada por el SENASIR					
Añadir en el mismo formato el Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre de cada uno de los hijos que reciben pensión, si corresponde.					

LOGO

ANEXO 5

No.

FORMULARIO DE APORTES ADICIONALES

Lugar

Fecha

DATOS DEL AFILIADO

Apellido Paterno

Apellido Paterno

Apellido Casada

Primer Nombre

Segundo Nombre

CUA

Tipo Doc Ident.

N° Doc. Identidad

Fecha de Nacimiento

Fecha de Fallecimiento

N° Aportes SSO/SIP

N° Aportes Sist. Reparto

DATOS DE APORTES ADICIONALES

1. Yo _____ de forma voluntaria decido realizar aportes adicionales con el objeto de incrementar mi Densidad de Aportes, y mi pensión.
2. Para llegar a los doscientos cuarenta (240) aportes, y considerando que a la fecha tengo _____ () aportes realizados al Sistema de Reparto y al SSO/SIP, en el marco del artículo 21 de la Ley N° 065 y el artículo 114 de DS. N° 0822, decido realizar _____ () aportes adicionales.
3. El aporte adicional mensual corresponde al diez punto cinco por ciento (10.5%) del Salario Mínimo Nacional vigente a fecha de pago.
4. El pago de los aportes adicionales señalados en el numeral 2 deberán realizarse en un plazo no mayor a los seis (6) meses de suscrito el presente formulario. En caso de no completar los aportes señalados en el numeral 2 dentro el plazo de los seis (6) meses, la AFP procederá a determinar la Densidad de Aportes y la Pensión Solidaria de Vejez si corresponde, con los aportes realizados a dicha fecha.
5. En caso de realizar los aportes adicionales señalados en el numeral 2 antes del plazo de los seis (6) meses, el Asegurado deberá solicitar en la AFP el recálculo de su pensión en función a la nueva Densidad de Aportes.
6. En caso de fallecimiento del Asegurado que realizaba aportes adicionales, los Derechohabientes deberán presentar a la AFP el Certificado de Defunción y solicitar el recalcule de pensión en función a la Densidad de Aportes del Asegurado, a fecha de su fallecimiento.

FIRMAS

Nombre

Responsable de la AFP

Firma

Firma Asegurado