

**Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones**

CIRCULAR N° 715

**VISTOS:** Las facultades que confiere la ley a esta Superintendencia, se imparten las siguientes instrucciones de cumplimiento obligatorio para todas las Administradoras de Fondos de Pensiones.

**REF.: DESAFILIACION. MODIFICA A LA CIRCULAR No 562:**

INTRODUCENSE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES A LA CIRCULAR No 562:

1. Sustitúyese el No. 2 del capítulo 1, por el siguiente:

"2. La solicitud de Desafiliación deberá ser llenada por el afiliado."

2. Sustitúyese el segundo párrafo del No. 4 del Capítulo II, por el siguiente:

"La constatación de lo anterior se efectuará mediante la existencia en la carpeta individual del afiliado del documento "Bono de Reconocimiento - Informe sin Derecho"; o de la información en el "Antecedente del Bono de Reconocimiento" de que éste fue calculado de acuerdo a la alternativa 3 establecida en la respectiva Circular del Bono y que además registra 60 meses de cotizaciones anteriores a julio de 1979."

3. Agrégase el siguiente párrafo en el No. 4 del Capítulo II:

"No obstante lo anterior, en aquellos casos en que el Bono de Reconocimiento no se encontrará emitido y que el afiliado manifieste no tener derecho a éste, será suficiente una declaración en tal sentido, suscrita por el afiliado, para dar curso a su solicitud de desafiliación."

**Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones**

4. Sustitúyense el segundo y tercer párrafo del No. 5 del Capítulo II, por los siguientes:

"5. Si la Administradora constataré que el afiliado no cumple con los requisitos legales para solicitar la desafiliación por la causal b. del artículo 1o. de la Ley 18.225, o no contaré con ninguno de los documentos a que se hace referencia en el número anterior, deberá enviar una comunicación al afiliado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud, señalado, según sea el caso:

- a) Que, de acuerdo al Documento Bono de Reconocimiento emitido por la Institución de previsión, el afiliado tiene derecho al Bono de Reconocimiento a que se refiere el inciso primero del artículo 4o. de las Disposiciones Transitorias del D.L. 3.500, de 1980, por lo cual no desafiliación del Sistema.
- b) Que la Administradora no cuenta con ningún documento que respalde el cumplimiento del requisito para desafiliarse, por lo que el afiliado deberá efectuar una declaración en que señale que **NO TIENE DERECHO AL BONO DE RECONOCIMIENTO.**

Tratándose de la situación descrita en la letra b) anterior, la Administradora deberá someter a proceso la Solicitud de Desafiliación suscrita por el afiliado, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de recepción del afiliado, o del documento que acredite al cumplimiento de los requisitos legales, según cuál se obtenga primero. En ningún caso deberá postergarse el envío de la Solicitud de Desafiliación a la Superintendencia de Seguridad Social, por encontrarse en trámite o sin procesar, una Solicitud de Bono de Reconocimiento."

5. Sustitúyese el primer párrafo del No. 6 del Capítulo II, por el siguiente:

"6. Una vez que la Administradora hubiere constatado el cumplimiento de los requisitos legales para obtener la desafiliación o hubiere recibido la correspondiente declaración del afiliado en tal sentido, deberá enumerar cada una de las solicitudes a procesar, utilizando los cuatro primeros casilleros para el código de la Administradora y los ocho siguientes para el número correlativo incluido el guión y el dígito verificador. La Administradora deberá verificar que le número asignado a cada una de

**Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones**

ellas no haya sido otorgado con anterioridad a otra solicitud."

6. Sustitúyese el término "Circular No. 471" del No. 1 del Capítulo VI, por el siguiente término:

"Circular de Bono."

7. Sustitúyese el número 9.111 del Capítulo V, por el siguiente:

"9.111 Conjuntamente con cada nómina deberá adjuntarse por cada trabajador desafiado, lo siguiente:

- Original de la Solicitud de Desafiliación.
- Certificado de nacimiento.
- Fotocopia del documento que certifica la causal de desafiliación o declaración del afiliado de no tener derecho a Bono de Reconocimiento.
- Documento Bono de Reconocimiento, si procediere."

8. Sustitúyese los párrafos primero y segundo del número 5 del Capítulo VI, por los siguientes:

"5. La presentación por parte de un afiliado de una Solicitud de Reconsideración a una Resolución que rechaza la desafiliación, obligará a la Administradora a remitirla a la Superintendencia de Seguridad Social, junto al próximo envío normal de Solicitudes de Desafiliación.

Junto a la Solicitud de Reconsideración, la Administradora deberá enviar el original de la Solicitud de Desafiliación, archivando en la carpeta de cuenta individual, y los documentos presentados por el afiliado, si procediere."

9. Sustitúyese el anverso del formulario SOLICITUD DE DESAFILIACION, del Anexo No. 1, por el que se adjunta.

**Superintendencia de Administradoras  
de Fondos de Pensiones**

JULIO BUSTAMANTE JERALDO  
SUPERINTENDENTE DE A.F.P.

SANTIAGO, abril 13 de 1992.

LA LEY N° 12.084 EN SUS ARTICULOS 41, 42, 43, 44 SANCIONA O PARA POSIBLES Y SANCIONES LAS ACCIONES TALES COMO SIMULACION Y COLLUSION PARA OBTENER BENEFICIOS PREVISIONALES OBTENCION FRAUDULENTA DE BENEFICIOS A BASE DE DATOS FALSOS O DOLosamente OCULTADOS Y FALSIDAD EN CERTIFICADOS Y DECLARACIONES NECESARIAS PARA OBTENERLOS, TODO ELLO SIN PERJUICIO DE LA OBLIGACION DE RESTITUIR LAS SUMAS PERCIBIDAS INDEBIDAMENTE

LOGOTIPO A.F.P

CODIGO AFP N° CORRELATIVO

## SOLICITUD DE DESAFILIACION

I. IDENTIFICACION AFILIADO

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	SEXO		NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MASCULINO	FEMENINO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RUT	CEDULA IDENTIDAD	GABINETE	FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO	FECHA INGRESO NUEVO SISTEMA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MES: <input type="text"/> AÑO: <input type="text"/>	
CALLE	N°	DEPT O	COMUNA	CIUDAD	FONO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

II. ANTECEDENTES DESAFILIACION

- Tipo de desafiación  a  b NO TIENE DERECHO A BONO DE RECONOCIMIENTO

CAJA O INSTITUCION DE PREVISION EN QUE COTIZO POR ULTIMA VEZ ANTES DE INGRESAR AL NUEVO SISTEMA	PERIODO APROXIMADO				SOLO PARA LAS CAJAS	EMPLEADORES:	
	DESDE	HASTA			SEÑALADAS EN EL REVERSO	RUT	NOMBRES
	MES	AÑO	MES	AÑO	N° INTERNO O INSCRIPCION		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTRAS CAJAS O INSTITUCIONES EN QUE ESTUVO AFILIADO ANTERIORMENTE							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. INFORME PREVIO

# Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones

TIPO DESAFILIACION	b	INFOME SUPERINTENDENCIA SEGURIDAD SOCIAL	SI	NO	CAJAS DE PREVISION REINTEGRO
FIRMA Y TIMBRE SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL					

NOTA: LOS ESPACIOS RAYADOS NO DEBEN SER LLENADOS POR EL AFILIADO

FECHA SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO