



GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

# INCORPORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

1. Actualización de Datos para cobro de beneficio I-V-M
2. Reporte de Cotizantes, Pensionados o Beneficiarios Fallecidos

## AL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL USUARIO

San Salvador, 25 febrero de 2022

**inpêp**



GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

## AUTORIZACIÓN

  
Dr. José Nicolás Ascencio Hernández  
Presidente

  
Licda. Silvia Marlene Rosa de Flores  
Gerente

San Salvador, 25 febrero de 2022

**inpêp**



GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
CENTRO DE ATENCIÓN AL USUARIO



Licda. Helen Beatriz Climaco de Esquivel  
Subgerente de Prestaciones  
Visto Bueno



Tecn. José Damasio Chávez Samayoa  
Jefatura del CAU  
Elaboró

San Salvador, 25 febrero de 2022



INSTITUTO NACIONAL  
DE PENSIONES DE LOS  
EMPLEADOS PÚBLICOS

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

1. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:  
Actualización de Datos para cobro de beneficio I-V-M
2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:  
Brindar las orientaciones para efectuar la recepción e ingreso de datos al Sistema de Afiliación y Registro (OSAYR), con motivos a dar mantenimiento a la información del afiliado y sus beneficiarios, para cobrar beneficio por régimen de invalidez, vejez o muerte en el INPEP, mediante la presentación de formularios de actualización de datos con la documentación anexa respectiva.
3. FORMATOS UTILIZADOS:
  - CAU-F003A, Formulario para la actualización de datos para Prestación IV.
  - CAU-F003B, Formulario para la actualización de datos para Prestación M.
  - CAU-D018, Notificación para subsanación y presentación de documentos
  - Comprobante de servicios CAU.
4. NORMATIVAS ESPECÍFICAS:
  - Normas Técnicas para el otorgamiento de prestaciones por sobrevivencia en el Sistema de Pensiones Público, NSP-36.
  - Ley de Procedimientos Administrativos 15 y 72.
5. FRECUENCIA DE USO: Diariamente
6. PARTICIPANTES DEL PROCEDIMIENTO: Usuario y Gestor de Afiliación y Registro.
7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:  
El usuario se presenta con el formulario CAU-F003A/B completo con la documentación de respaldo requerida, siendo recepcionada por un Gestor de Afiliación y Registro que verifica el llenado de la solicitud y documentación conforme al trámite, procediendo a admitir la solicitud para ingresar la información o previniéndola. De ingresar la información, la digita conforme al formulario, validando con documentos físicos y al completarla, la registra, emitiendo un comprobante del servicio efectuado para su respuesta en los días señalados. Si previene la solicitud, acciona su solvencia en la atención de proceder o de lo contrario orienta al usuario para que subsane las observaciones emitiendo un detalle de las mismas. Para completar el servicio, atiende las dudas, consultas o inquietudes del usuario sí existen.

No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
0		Inicio del procedimiento
1	Gestor de Afiliación y Registro	Solicita el formulario respectivo con la documentación requerida según sea el trámite IVM.
2	Usuario	Entrega formulario correspondiente (CAU-F003A/B), con la documentación de respaldo para ser revisada por el Gestor.
3	Gestor de Afiliación y Registro	Recibe la documentación y procede a revisarla y ordenarla conforme a los requerimientos de la solicitud según sea el trámite IVM.
4	Gestor de Afiliación y Registro	Carga la consulta de datos del OSAYR (31) según se identificó la afiliación a actualizar registros, efectuando una verificación de datos.



No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		Nota: Consulta el registro mediante matrícula INPEP, NUP, Afiliación ISSS, DUI o nombre, seleccionándolo, según se identifique el caso.
5	Gestor de Afiliación y Registro	Revisa la solicitud presentada, observando que esté completa, apoyándose con la información mostrada en el OSAYR y documentación de respaldo presentada por el usuario, así mismo, revisa autenticidad de la documentación, homogeneidad de información y vinculación de datos.
6	Gestor de Afiliación y Registro	Durante la revisión de la autenticidad de la documentación, homogeneidad de información y vinculación de datos, pueden presentarse dos situaciones: 1. No hay observaciones, pasa a la siguiente actividad. 2. Existen observaciones a la solicitud y documentos, pasa a la actividad 13.
7	Gestor de Afiliación y Registro	Procede a efectuar confrontación de documentos originales con las copias presentadas, para omitir la presentación de los originales en los trámites subsecuentes del cobro de beneficio, estampando el sello de confrontado, fecha, número de folios del tipo de documento, así mismo, sello de la estación, firma y nombre del Gestor que lo realiza, en cada tipo de documento según sea necesario.
8	Gestor de Afiliación y Registro	Ingresa a la modificación de asegurados en el OSAYR (112) digitando la matrícula identificada, para buscar los registros de la misma, cargados en el formulario respectivo y proceder al mantenimiento de registros.  Nota: Puede además consultar el registro mediante NUP, Afiliación ISSS, DUI o nombre, según se requiera.
9	Gestor de Afiliación y Registro	Digita la información necesaria para complementar los datos del afiliado y sus beneficiarios, modificando los que ameriten o suprimiendo los que no proceden por el mantenimiento de registros, basados en la solicitud y documentos anexos.
10	Gestor de Afiliación y Registro	Finaliza la digitación de información, revisando de forma general lo digitado, pudiendo suceder dos cosas: 1. Todo conforme, continúa en la actividad siguiente. 2. Existen errores de digitación, retorna a la actividad 9.
11	Gestor de Afiliación y Registro	Selecciona la opción "Actualización" en la pestaña de beneficiarios, dando clic en "Guardar", para almacenar los datos en el registro de la matrícula identificada.  Nota: El sistema muestra un mensaje de efectuado conforme, registrando la información y la fecha del ingreso de datos en la Base de Afiliación y Registro INPEP.
12	Gestor de Afiliación y Registro	Llena el comprobante de servicio, indicando la fecha de respuesta de la solicitud de Actualización de Datos para cobro de beneficio IVM, para entregarlo al usuario, junto con las orientaciones finales del servicio. Continuando en la actividad 20.



No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p>Nota 1: Las fechas de respuestas según los regímenes de beneficio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para los casos de "IV": 5-8 días hábiles.</li> <li>- Para los casos de "M": 5 días hábiles.</li> </ul> <p>Nota 2: Para los casos de "M", el usuario, con el comprobante de servicio, solicitar la cita de ingreso de solicitud de cobro de beneficio IVM en la Sección de Trámites y Análisis de Prestaciones, del Departamento de Pensiones.</p> <p>Nota 3: Para los casos de "IV", podrá el usuario, con el comprobante de servicio, solicitar la cita de ingreso de solicitud de cobro de beneficio IVM en la Sección de Trámites y Análisis de Prestaciones, del Departamento de Pensiones, únicamente si ya posee aceptado el Historial Laboral.</p>
13	Gestor de Afiliación y Registro	<p>Comunica al usuario sobre las inconsistencias de información presentadas, pudiendo suceder dos situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solventables en la atención. Pasa a la actividad siguiente.</li> <li>2. Debe de efectuar correcciones el usuario para subsanar las observaciones, pasa a la actividad 15.</li> </ol>
14	Gestor de Afiliación y Registro	Realiza las acciones que están en su competencia con la asistencia del Coordinador del Área de Control de Afiliados, según corresponda a fin de subsanar las observaciones. Regresa a la actividad 5.
15	Gestor de Afiliación y Registro	Genera el documento CAU-D018 Notificación para subsanación y presentación de documentos, informando las observaciones que el usuario debe superar para dar por aceptada la solicitud.
16	Gestor de Afiliación y Registro	Entrega para lectura y firma al usuario.
17	Usuario	Lee el documento y firma, devolviéndolo al Gestor
18	Gestor de Afiliación y Registro	Lo recibe, completa los datos de presentación, firmando, colocando sello de la estación con su nombre.
19	Gestor de Afiliación y Registro	<p>Escanea y almacena el documento en el repositorio digital CAU con el identificador respectivo (Número de DUI y referencia "_NTFD").</p> <p>Nota: El documento es la notificación de subsanación y presentación de documentos (NTFD).</p>
20	Gestor de Afiliación y Registro	Entrega la documentación generada en la atención, brindando las orientaciones finales del servicio y continuidad del trámite, según proceda, atendiendo las consultas que el usuario exprese.
21	Usuario	Recibe la documentación, información y aclaración de dudas.
22		Fin del procedimiento.





1. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:  
Reporte de Cotizantes, Pensionados o Beneficiarios Fallecidos
2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Orientar las acciones para recepcionar el reporte de cotizantes, pensionados o beneficiarios fallecidos que realizan sus familiares o amigos al INPEP por medio del C.A.U. a fin de registrar su fallecimiento, suspender el pago de pensión si posee un beneficio activo y recibir la asistencia en el cobro de los beneficios que se generen por el deceso, así mismo, proporcionar la documentación resultante del servicio.
3. FORMATOS UTILIZADOS:
  - a. CAU-D014 Constancia de Pensión
  - b. CAU-R007 Reporte de Fallecimiento de Afiliados y beneficiarios INPEP
  - c. Mandamiento de reintegros a INPEP (Pagaduría de Pensiones)
4. NORMATIVAS ESPECÍFICAS:
5. FRECUENCIA DE USO: Diariamente
6. PARTICIPANTES DEL PROCEDIMIENTO: Usuario, Gestor de Servicios, Colaborador de la Pagaduría de Pensiones.
7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: Se da recepción a los documentos necesarios para el reporte de fallecimiento, validándolos en que sean los requeridos y en relación a los datos del usuario reportado, observando el estado de la información, para ejecutar las gestiones respectivas sobre documentar el deceso, mandamiento de pago para efectuar devolución al INPEP por pagos de pensión en exceso ante registros del Pago de Planillas de aplicar, brindar las orientaciones del trámite y los subsecuentes junto con la entrega de la constancia de causante si aplica, al usuario.

No de ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
0		Inicio del procedimiento
1	Gestor de Servicios	<p>Previo a activar el servicio en el Sistema CAU Solicita la siguiente documentación al usuario:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si es con partida de defunción:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. DUI original o copia certificada del fallecido.</li> <li>b. Partida de Defunción Original.</li> <li>c. DUI original de la persona que notifica.</li> </ol> </li> <li>2. Si es sin partida de defunción:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Formulario CAU-R007 Reporte de Fallecimiento de Afiliados y beneficiarios INPEP con sus documentos anexos.</li> <li>b. DUI original de la persona que notifica.</li> </ol> </li> </ol>
2	Usuario	Entrega la documentación y brinda los datos respectivos.
3	Gestor de Servicios	<p>Recibe la documentación validando que sean conforme a los necesarios para el trámite, pudiendo presentarse dos situaciones ante la pregunta: ¿Los documentos son válidos?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De ser afirmativo, continúa en la actividad siguiente.</li> <li>2. De presentar inconsistencias, continúa en la actividad 21.</li> </ol>
4	Gestor de Servicios	<p>Informa al usuario la vía que será ejecutada para procesar el reporte de fallecimiento, presentándose dos situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es con partida de defunción, continúa en la actividad 5.</li> </ol>



No de ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		2. No es con partida de defunción, continúa en la actividad 7.
5	Gestor de Servicios	Obtiene una copia de la partida de defunción colocando el sello del Reporte de Fallecidos CAU en la parte de atrás del documento fotocopiado, escribiendo los datos respectivos.
6	Gestor de Servicios	Resalta el nombre, sexo, número de DUI y fecha de defunción en la fotocopia. Continúa en la actividad 11.
7	Gestor de Servicios	<p>Procede a llenar junto con el usuario el formulario CAU-R007 Reporte de Fallecimiento de Afiliados y beneficiarios INPEP, utilizando los documentos de respaldo sobre los datos del deceso, según procedan.</p> <p>Nota: Si el usuario no ha colocado fecha y no hay documentos anexos del deceso, se le consulta el dato, según aplique uno de los criterios siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si la fecha de fallecimiento que expresa es brindada sin dudas, se ingresa la fecha correspondiente.</li> <li>2. Si hay dudas en la fecha de fallecimiento, se coloca día uno del mes y año que pone de referencia el usuario.</li> <li>3. No conoce la fecha de defunción, se pone la fecha: día uno del mes y año en que está reportando.</li> </ol>
8	Gestor de Servicios	<p>Proporciona al usuario el formulario para revisión y firma.</p> <p>Nota: Si es por el canal digital, se envía vía correo electrónico, completando la acción a su retorno el documento. Vencido el plazo de 2 días hábiles para la respuesta y no se obtuvo, se procede a documentarlo, continuando en la actividad 10.</p>
9	Usuario	Revisa y firma el documento, devolviendo a Gestor.
10	Gestor de Servicios	<p>Completa los datos de presentación para dar por recibido, obteniendo una copia del formulario y documentación de respaldo para entregar al usuario. Continúa en la actividad siguiente.</p> <p>Nota: Las copias de los documentos de respaldo deberán que ser selladas de confrontado, según proceda.</p>
11	Gestor de Servicios	<p>Ingresar al OSAYR desde la opción 1-1-2 "Mantenimientos&gt;&gt;Asegurados&gt;&gt;Modificación de Asegurados" en donde cambiará el estatus del cotizante, pensionado o beneficiario fallecido, ingresando la fecha de defunción reportada. Luego selecciona "Corrección" y los almacena en la Base de Datos de Afiliación y Registro.</p>
12	Gestor de Servicios	<p>Escanea y almacena en el repositorio digital CAU con el identificador respectivo (Número de DUI y referencia "_PD" o "_SPD"), el documento de respaldo del reporte de fallecimiento.</p> <p>Nota: El documento puede ser la Partida de Defunción (PD) formulario CAU-R007 (SPD) con los documentos anexos.</p>
13	Gestor de Servicios	Procede a identificar si existe reintegro a efectuar, según



No de ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El reporte es de un cotizante, continua en la actividad 21.</li> <li>2. El reporte es de un pensionado o beneficiario, continua en la actividad siguiente.</li> </ol>
14	Gestor de Servicios	<p>Verifica en el Sistema de Pago de Pensiones el estatus, aplicación de pagos de pensión, firma de sobrevivencia e incorporación en planillas actuales, para recopilar información a fin de brindar una asistencia en el servicio ante la Pagaduría de Pensiones e identificar si el pensionado o beneficiario reportado genera reintegro al INPEP, auxiliándose de la Cancelación de la cuenta bancaria donde se le depositaba la pensión (de haberlo efectuado y presentado), pudiendo suceder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si genera reintegro, según apliquen los criterios siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Posterior al mes de la fecha registrada en el OSAYR como fallecimiento al mes que reporta el fallecimiento, presentado estatus Activo en el SPP, siempre y cuando el deceso haya sido a partir del 01/01/2022.</li> <li>b. Posterior al mes de la fecha registrada en el OSAYR como fallecimiento al último mes pagado según registros en el SPP y con estatus Fuera de Planilla, Inactivo o Fallecido, siempre y cuando el deceso haya sido a partir del 01/01/2022.</li> <li>c. Desde el día después de la fecha de fallecimiento, según registro en el OSAYR como fallecimiento al mes que reporta el fallecimiento, presentado estatus Activo en el SPP, siempre y cuando el deceso haya sido a antes del 01/01/2022.</li> <li>d. Desde el día después de la fecha de fallecimiento, según registro en el OSAYR como fallecimiento al último mes pagado según registros en el SPP y con estatus Fuera de Planilla, Inactivo o Fallecido, siempre y cuando el deceso haya sido a antes del 01/01/2022.</li> </ol> </li> </ol> <p>Continúa en la actividad siguiente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No genera reintegro, según criterios: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Si el mes de fallecimiento es a partir de enero 2022 según la fecha registrada en el OSAYR y tal mes es el mismo del último mes pagado según registros en el SPP, con estatus Fuera de Planilla, Inactivo o Fallecido.</li> <li>b. Si el mes de la fecha registrada en el OSAYR como fallecimiento en el mismo al mes en curso para ser pagada la pensión con estatus Activo en el SPP.</li> </ol> </li> </ol> <p>Continúa en la actividad 20.</p>
15	Gestor de Servicios	Explica sobre el reintegro que ha generado el pensionado o beneficiario reportado, indicándole al usuario un lapso de espera



No de ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p>para gestionar el Mandamiento de reintegros a INPEP ante la Pagaduría de Pensiones y su inactivación según corresponda.</p> <p>Nota 1: Al automatizar la generación del Mandamiento de Reintegro desde el Sistema del C.A.U., se eliminará la espera del usuario y se acortará el tiempo de respuesta del servicio. La Pagaduría de Pensiones deberá automatizar previamente los datos claves para que el Sistema CAU pueda generar el documento.</p> <p>Nota 2: La inactivación se dará según los siguientes casos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El reporte de fallecimiento está siendo informado posterior a la notificación del Pagador de Pensiones que ya se puede inactivar.</li> <li>2. El reporte de fallecimiento está siendo informado posterior de fecha 20 de mes.</li> </ol>
16	Usuario	Toma asiento en la sala de espera del Centro de Atención.
17	Gestor de Servicios	Entrega al Colaborador respectivo de la Pagaduría de Pensiones la partida de defunción o formulario CAU-R007 con sus anexos, expresándole la información recabada según los criterios de reintegros para que genere el documento hasta los meses correspondientes.
18	Colaborador de la Pagaduría de Pensiones	<p>Recibe la documentación e información para procesar el reporte de fallecido desde la Pagaduría de Pensiones, devolviendo al Gestor de Servicios la documentación o notificación resultante. (Mandamiento de reintegros a INPEP)</p> <p>Nota 1: El Colaborador de la Pagaduría de Pensiones, ejecuta su procedimiento respectivo.</p> <p>Nota 2: En esta actividad, se inactivará al usuario en el Sistema de Pago de Pensiones y se elaborará el Mandamiento de reintegros a INPEP, según apliquen. El Colaborador pondrá el sello de su nombre, para identificar quién lo procesó.</p>
19	Gestor de Servicios	Recibe la documentación o notificación resultante del reporte de fallecido procesado desde la Pagaduría de Pensiones.
20	Gestor de Servicios	<p>Llama al usuario por los mecanismos disponibles a fin de brindarle las orientaciones respectivas, según:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si no efectuará reintegros, continua en la actividad 20.</li> <li>2. Si efectuará reintegros, continúa en la actividad siguiente.</li> </ol>
19	Gestor de Servicios	Brinda las orientaciones sobre efectuar el pago indicado en el Mandamiento de reintegros a INPEP. Continuando en la actividad 21.
20	Gestor de Servicios	Genera el documento CAU-D014 Constancia de Pensión del causante, según aplique para la gestión posterior identificada, desde el Sistema de Pago de Pensiones, desde las opciones 2-2-9-1 y 2-2-9-2 "Reportes>>Pensionados/Beneficiarios" o "Reportes de causantes>>Causantes" o ">>Beneficiarios".



No de ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
21	Gestor de Servicios	Entrega la documentación al usuario, brindando las orientaciones finales del servicio y continuidad del trámite, según proceda, atendiendo las consultas que el usuario exprese.
22	Usuario	Recibe la información y documentación respectiva del servicio.
23		Fin del procedimiento.



# FORMATOS

CAU-F003A, Formulario para la actualización de datos para Prestación I.V.

 INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS	<b>CENTRO DE ATENCIÓN AL USUARIO INPEP</b>	
	<b>“ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA BENEFICIO DE PENSIÓN POR INVALIDEZ O VEJEZ”</b>	CAU-F003A V1.25/02/2022

Con el objetivo de brindarle un mejor servicio en su trámite y efectuar un mantenimiento adecuado a sus datos registrados en la Base de Datos de Afiliación y Registro INPEP, le agradeceremos llenar este formulario en forma completa. No olvide que los datos que usted provee en esta oportunidad, son los insumos para las prestaciones que el Instituto le otorgará. Este formulario será completado con los datos referentes al tiempo de servicio con el Estado únicamente.

I. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO			
NUP:		Afiliación INPEP: (Matrícula)	
Nombres:	Apellidos:		
	Apellido de casada:		
Conocido por:		SEXO:	<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre
Estado civil:	<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Acompañado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)		
Lugar y fecha de nacimiento:	[municipio/ciudad], [departamento/estado], [dd/mm/aaaa]		
Nacionalidad:		País:	
Profesión y oficio:			
CONTACTO			
Dirección:			
Municipio:		Departamento:	
País:		Teléfono fijo:	
Celular:		Teléfono en el exterior:	
Correo electrónico:			
Presenta discapacidad:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tipo:	<input type="radio"/> Motriz <input type="radio"/> Cognitiva <input type="radio"/> Sensorial <input type="radio"/> Física
DOCUMENTOS			
Documento Único de Identidad - DUI:		Número de Identificación tributaria - NIT:	
Lugar y fecha de expedición del DUI:	[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [País] - [dd/mm/aaaa]		
Afiliación ISSS:		Pasaporte:	
Carnet de Residente:		Cédula de Identidad Personal - CIP:	
Número de Identificación Profesional - NIP:			
ÚLTIMO EMPLEO O EMPLEO ACTUAL			
Ramo o Ministerio:			
Nombre de la dependencia:			
Oficina, proyecto o escuela:			
Nombre de la plaza:			
Sistema de contratación:	<input type="radio"/> Ley de Salarios <input type="radio"/> Contrato <input type="radio"/> Jornal	Salario:	\$
Fecha de ingreso a la última o actual institución:	[dd/mm/aaaa]	Periodo de Pago:	<input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Catorcenal



II. GRUPO FAMILIAR - BENEFICIARIOS											
PADRE	Nombre:										
	No. de DUI:		Fecha de Nacimiento:								
	No. de NIT		Fecha de Fallecimiento:								
	Teléfono de contacto:		Presenta discapacidad permanente:	O Sí O No							
MADRE	Nombre:										
	No. de DUI:		Fecha de Nacimiento:								
	No. de NIT		Fecha de Fallecimiento:								
	Teléfono de contacto:		Presenta discapacidad permanente:	O Sí O No							
NÚCLEO FAMILIAR											
CONYUGE	Nombre:			Sexo:	O Mujer O Hombre						
	No. de DUI:		Fecha de Nacimiento:								
	No. de NIT		Fecha de Fallecimiento:								
	Teléfono de contacto:		Presenta discapacidad permanente:	O Sí O No							
HIJO/A	Nombre:			Sexo:	O Mujer O Hombre						
	No. de DUI:		Fecha de Nacimiento:								
	No. de NIT		Estudia actualmente:	O Sí O No							
	Teléfono de contacto:		Presenta discapacidad permanente:	O Sí O No							
HIJO/A	Nombre:			Sexo:	O Mujer O Hombre						
	No. de DUI:		Fecha de Nacimiento:								
	No. de NIT		Estudia actualmente:	O Sí O No							
	Teléfono de contacto:		Presenta discapacidad permanente:	O Sí O No							
HIJO/A	Nombre:			Sexo:	O Mujer O Hombre						
	No. de DUI:		Fecha de Nacimiento:								
	No. de NIT		Estudia actualmente:	O Sí O No							
	Teléfono de contacto:		Presenta discapacidad permanente:	O Sí O No							
HIJO/A	Nombre:			Sexo:	O Mujer O Hombre						
	No. de DUI:		Fecha de Nacimiento:								
	No. de NIT		Estudia actualmente:	O Sí O No							
	Teléfono de contacto:		Presenta discapacidad permanente:	O Sí O No							
III. REPRESENTANTE, APODERADO O TUTORIA LEGAL											
CALIDAD DE:	O Representante Legal		O Apoderado(a) Legal		O Tutor(a) Legal						
NOMBRE:					Sexo:	O Mujer O Hombre					
No. de DUI:			No. de NIT:								
Teléfono de contacto:			Correo electrónico:								
<p>Expreso que la información proporcionada es verás y auténtica, la cual, podrá ser verificada por el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos – INPEP, según sus mecanismos de comprobación de datos, sabiendo que podrá solicitarme en cualquier momento del proceso ante el servicio requerido, la presentación de documentación en físico para aquellos casos que sean de vital importancia y esté regulado como requisito legal.</p>											
<p>NOTA: Estimado usuario(a), favor entregar este formulario con la documentación adjunta de respaldo, según se ha especificado en la asesoría del trámite, a fin de dar continuidad al servicio solicitado.</p>											
FIRMA DEL AFILIADO			RECEPCIÓN								
Fecha: _____ Lugar de la declaración: _____			<table border="1"> <tr> <td>Fecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hora:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nombre, Firma y Sello:</td> <td></td> </tr> </table>			Fecha		Hora:		Nombre, Firma y Sello:	
			Fecha								
			Hora:								
Nombre, Firma y Sello:											
INPEP, Entre 15 y 17 Calle Poniente, Centro de Gobierno, San Salvador, El Salvador, C.A											



 GOBIERNO DE EL SALVADOR	INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS	CENTRO DE ATENCIÓN AL USUARIO INPEP	
		"ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA BENEFICIO DE PENSIÓN POR MUERTE".	

IDENTIFICACIÓN DEL CAUSANTE			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Cotizante INPEP <input type="radio"/> Pensionado(a)		
NUP:		AFILIACIÓN INPEP:	
EXPEDIENTE:		(Matricula)	
NOMBRES:	APELLIDOS:		
	APELLIDO DE CASADA:		
CONOCIDO POR:		SEXO:	<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre
ESTADO CIVIL:	<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Acompañado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [DD/MM/AAAA]		
NACIONALIDAD:		PAÍS:	
LUGAR Y FECHA DE FALLECIMIENTO:	[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [DD/MM/AAAA]		

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Madre/Padre <input type="radio"/> Esposa/Esposo <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Compañero(a) de Vida <input type="radio"/> Designado(a)		
NOMBRES:	APELLIDOS:		
	APELLIDO DE CASADA:		
CONOCIDO POR:		SEXO:	<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [DD/MM/AAAA]		
NACIONALIDAD:		PAÍS:	
DUI:		NIT:	
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DUI:	[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [País] - [DD/MM/AAAA]		
AFILIACIÓN ISSS:		AFILIACIÓN INPEP:	
NUP:		INSTITUCIÓN:	<input type="radio"/> INPEP <input type="radio"/> ISSS <input type="radio"/> CONFIA <input type="radio"/> CRECER
PASAPORTE:		CARNET DE RESIDENTE:	
DIRECCIÓN:			
MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:	
PAÍS:		TELÉFONO FIJO:	
CELULAR:		TELÉFONO EXT:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
PRESENTA DISCAPACIDAD:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	TIPO:	<input type="radio"/> Motriz <input type="radio"/> Cognitiva <input type="radio"/> Sensorial <input type="radio"/> Física
SI ES MENOR DE EDAD			
CARNE DE MINORIDAD:		POSEE TUTOR LEGAL:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
No. PARTIDA:		FOLIO:	AÑO:
ALCALDÍA:			



REPRESENTANTE O TUTORIA LEGAL			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Representante Legal		<input type="radio"/> Tutor(a) Legal
NOMBRE:			
DUI:		NIT:	

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO #2			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Madre/Padre <input type="radio"/> Hijo/a		
NOMBRES:			APELLIDOS:
			APELLIDO DE CASADA:
CONOCIDO POR:			SEXO: <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [DD/MM/AAAA]		
NACIONALIDAD:		PAÍS:	
DUI:		NIT:	
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DUI:	[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [País] - [DD/MM/AAAA]		
AFILIACIÓN ISSS:		AFILIACIÓN INPEP:	
NUP:		INSTITUCIÓN:	<input type="radio"/> INPEP <input type="radio"/> ISSS <input type="radio"/> CONFIA <input type="radio"/> CRECER
PASAPORTE:		CARNET DE RESIDENTE:	
DIRECCIÓN:			
MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:	
PAÍS:		TELÉFONO FIJO:	
CELULAR:		TELÉFONO EXT:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
PRESENTA DISCAPACIDAD:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	TIPO:	<input type="radio"/> Motriz <input type="radio"/> Cognitiva <input type="radio"/> Sensorial <input type="radio"/> Física
SI ES MENOR DE EDAD			
CARNE DE MINORIDAD:		POSEE TUTOR LEGAL:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
No. PARTIDA:		LIBRO:	FOLIO:
ALCALDÍA:			AÑO:

REPRESENTANTE O TUTORIA LEGAL			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Representante Legal		<input type="radio"/> Tutor(a) Legal
NOMBRE:			
DUI:		NIT:	

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO #3			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Hijo/a		SEXO: <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre
NOMBRES:			APELLIDOS:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [DD/MM/AAAA]		
NACIONALIDAD:		PAÍS:	
DUI:		NIT:	
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DUI:	[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [País] - [DD/MM/AAAA]		
AFILIACIÓN ISSS:		NUP:	
INSTITUCIÓN:	<input type="radio"/> INPEP <input type="radio"/> ISSS <input type="radio"/> CONFIA <input type="radio"/> CRECER		



PASAPORTE:		CARNET DE RESIDENTE:	
DIRECCIÓN:			
MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:	
PAÍS:		TELÉFONO FIJO:	
CELULAR:		TELÉFONO EXT:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
PRESENTA DISCAPACIDAD:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	TIPO:	<input type="radio"/> Motriz <input type="radio"/> Cognitiva <input type="radio"/> Sensorial <input type="radio"/> Física
<b>SI ES MENOR DE EDAD</b>			
CARNE DE MINORIDAD:		POSEE TUTOR LEGAL:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
No. PARTIDA:		LIBRO:	
ALCALDÍA:		FOLIO:	
<b>REPRESENTANTE O TUTORIA LEGAL</b>			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Representante Legal <input type="radio"/> Tutor(a) Legal		
NOMBRE:			
DUI:		NIT:	

<b>IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO #4</b>			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Hijo/a	SEXO:	<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre
NOMBRES:		APELLIDOS:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	[Municipio/Ciudad] [Departamento/Estado] [DD/MM/AAAA]		
NACIONALIDAD:		PAÍS:	
DUI:		NIT:	
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DUI:	[Municipio/Ciudad] [Departamento/Estado] [País] - [DD/MM/AAAA]		
AFILIACIÓN ISSS:		NUP:	
INSTITUCIÓN:	<input type="radio"/> INPEP <input type="radio"/> ISSS <input type="radio"/> CONFIA <input type="radio"/> CRECER		
PASAPORTE:		CARNET DE RESIDENTE:	
DIRECCIÓN:			
MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:	
PAÍS:		TELÉFONO FIJO:	
CELULAR:		TELÉFONO EXT:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
PRESENTA DISCAPACIDAD:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	TIPO:	<input type="radio"/> Motriz <input type="radio"/> Cognitiva <input type="radio"/> Sensorial <input type="radio"/> Física
<b>SI ES MENOR DE EDAD</b>			
CARNE DE MINORIDAD:		POSEE TUTOR LEGAL:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
No. PARTIDA:		LIBRO:	
ALCALDÍA:		FOLIO:	
<b>REPRESENTANTE O TUTORIA LEGAL</b>			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Representante Legal <input type="radio"/> Tutor(a) Legal		
NOMBRE:			
DUI:		NIT:	

<b>IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO #5</b>			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Hijo/a	SEXO:	<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre



NOMBRES:		APELLIDOS:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [DD/MM/AAAA]	
NACIONALIDAD:		PAÍS:	
DUI:		NIT:	
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DUI:		[Municipio/Ciudad], [Departamento/Estado], [País] - [DD/MM/AAAA]	
AFILIACIÓN ISSS:		NUP:	
INSTITUCIÓN: <input type="checkbox"/> INPEP <input type="checkbox"/> ISSS <input type="checkbox"/> CONFIA <input type="checkbox"/> CRECER			
PASAPORTE:		CARNET DE RESIDENTE:	
DIRECCIÓN:			
MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:	
PAÍS:		TELÉFONO FIJO:	
CELULAR:		TELÉFONO EXT:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
PRESENTA DISCAPACIDAD:		TIPO:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Motriz <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Física	
<b>SI ES MENOR DE EDAD</b>			
CARNE DE MINORIDAD:		POSEE TUTOR LEGAL:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
No. PARTIDA:		FOLIO:	
LIBRO:		AÑO:	
ALCALDÍA:			
<b>REPRESENTANTE O TUTORIA LEGAL</b>			
CALIDAD DE:		<input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Tutor(a) Legal	
NOMBRE:			
DUI:		NIT:	

Expreso que la información proporcionada es verás y auténtica, la cual, podrá ser verificada por el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos – INPEP, según sus mecanismos de comprobación de datos, sabiendo que podrá solicitarme en cualquier momento del proceso ante el servicio requerido, la presentación de documentación en físico para aquellos casos que sean de vital importancia y esté regulado como requisito legal.

Los datos descritos son para identificación de usuario en futuras atenciones, según el trámite que realice en INPEP, estando conforme.

**NOTA:** Estimado usuario(a), favor entregar este formulario con la documentación adjunta de respaldo, según se ha especificado para el causante y beneficiarios, a fin de dar continuidad al trámite solicitado.

SOLICITANTE		RECEPCIÓN	
Nombre:		Fecha:	
DUI:		Hora:	
Calidad:		Nombre, Firma y Sello:	
INPEP, Entre 15 y 17 Calle Poniente, Centro de Gobierno, San Salvador, El Salvador, C.A.			

PARA USO INTERNO	
¿Con la designación, el causante deseó que ninguno de sus miembros del grupo familiar inscrito o según disponga el artículo 106 de la Ley SAP sea su beneficiario principal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOTAS:	





INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES  
DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS

NOTIFICACIÓN PARA SUBSANACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN  
CUMPLIR LOS INTERESADOS PARA LA CONTINUIDAD DE SERVICIOS O TRÁMITES INPEP

En el Centro de Atención al Usuario (CAU) del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, situada entre la 15 y 17 calle poniente, Centro de Gobierno del Departamento de San Salvador, a las [HH] horas del día [DD] de [nombre del mes] de [AAAA]; presente la/el Sr.(a), [nombre del usuario] quien se identifica con el Documento Único de Identidad número [número de DUI], y por parte el Centro de Atención al Usuario (CAU), [nombre del Agente CAU], [cargo del Agente CAU], quien le ha explicado al/la solicitante, la aplicación del artículo 72 de la Ley de Procedimientos Administrativos, para el servicio de [nombre del servicio que solicitó el usuario], en relación a la necesidad de presentar requisitos y plazo para subsanar la ausencia de los mismos.

Por lo tanto, se le solicita la presentación de/l los siguiente/s requisito/s para la continuidad del servicio señalado:

1. [Detalle de Requisitos que debe de presentar]

[Mismo acto solicita prórroga del plazo para presentar los requisitos antes señalados ya que por la naturaleza de los mismos es imposible su presentación en un lapso de tiempo de diez días hábiles.]

El Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos se reserva el derecho a dar por finalizado el trámite una vez cumplido el plazo establecido, archivando la solicitud sin más trámite, pudiendo el afiliado reiniciar o volver a presentar la solicitud del servicio requerido, conforme a la ley.

[Nombre del Agente CAU]  
[Cargo del Agente CAU]  
Notifica

[Nombre del Usuario]  
[Número de DUI]  
Notificado



Referencia Legal

## LEY DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS - LPA

### Supuestos de Falta de Requisitos Necesarios

Art. 72.- Si la solicitud o alguno de los actos del interesado no reúnen los requisitos necesarios, la Administración le requerirá para que, en el plazo de diez días, subsane la falta o acompañe los documentos que se le exijan, con indicación de que si no realiza la actuación requerida, se archivará su escrito sin más trámite y quedará a salvo su derecho de presentar nueva petición, si fuera procedente conforme a la Ley.

Este plazo podrá ampliarse a solicitud del interesado, cuando existan razones que así lo justifiquen.

#### CENTRO DE ATENCIÓN AL USUARIO INPEP



2255-1200 opción 4



cau@inpep.gob.sv



<http://www.inpep.gob.sv>



Instituto Nacional De Pensiones De Los Empleados Públicos  
Entre 15 y 17 Calle Poniente, Centro de Gobierno, San Salvador, El Salvador, C.A.







INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES  
DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS

CONSTANCIA DE CAUSANTE

El infrascrito pagador de Pensiones del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, hace constar que:

**NOMBRE PENSIONADO (A):** (000) NOMBRES Y APELLIDOS  
**MATRÍCULA:** 0123456789  
**EXPEDIENTE:** V-0123401  
**INICIO DE PENSIÓN:** DD/MM/AAAA  
**TIPO DE PENSIÓN:** VEJEZ VITALICIA  
**DUI:** 012345678  
**NUP:** 012345678901  
**EXPEDIENTE RELACIONADO:** M-0123401  
**FECHA DEL DECESO:** DD/MM/AAAA

Asignándole a la fecha la cantidad de:

<b>MONTO DE PENSIÓN MENSUAL:</b>	\$ 0.00
----------------------------------	---------

Al cual se le efectúan las siguientes retenciones y/o descuentos:

CONCEPTO	REFERENCIA	FECHA INICIO	TIPO	MONTO
ISSS	N/A	N/A	N/A	\$0.00
Total de retenciones mensuales				\$0.00
Líquido de pensión mensual				\$0.00

NOTA: 1) Las retenciones son aplicadas sobre el monto de la pensión mensual 2) Solo se puede aplicar como descuento máximo el 20% del monto de la pensión.

Y para los usos que el interesado estime conveniente, se extiende la presente en San Salvador, DD de MES de 202X.

Pagaduría de Pensiones



Este documento será entregado única y exclusivamente al titular o su representante, en atención a lo dispuesto en el Artículo 31 de la Ley de Acceso a la Información Pública y artículo 67 de la Ley de Procedimientos Administrativos y es responsabilidad del usuario autorizado que acceda a la información del SPP en cumplimiento de dicha normativa.



Entre 15 y 17 Calle Poniente. - Centro de Gobierno, San Salvador, El Salvador, C.A.  
 Teléfono: 2255-1200 Web: <https://www.inpep.gob.sv> Código Postal: 01-117



 GOBIERNO DE EL SALVADOR	INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS	CENTRO DE ATENCIÓN AL USUARIO INPEP	
		“REPORTE DE FALLECIMIENTO DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS INPEP”	CAU-F007 V1.25022022

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO FALLECIDO			
CALIDAD DE:	<input type="radio"/> Cotizante INPEP	<input type="radio"/> Pensionado	<input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/> Afiliado AFP
NUP:			MATRÍCULA:
EXPEDIENTE:			
NOMBRE COMPLETO:			
CONOCIDO POR:			
DUI:	PASAPORTE:	CARNET DE RESIDENTE:	
DATOS DEL DECESO			
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:			
FECHA DE FALLECIMIENTO:			CAUSA:
No. PARTIDA:	LIBRO:	FOLIO:	AÑO:
ALCALDÍA:			
FECHA DE EMISIÓN:			
OTRA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO (HOSPITALARIO)		
	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO (MÉDICO)		
	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE LA FUNERARIA		
	<input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCIÓN EXTRANJERA		
	<input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCIÓN EXTRANJERA APOSTILLADA		
	<input type="checkbox"/> OTROS:		
PERSONA QUE REPORTA EL DECESO			
NOMBRE:			
DUI:	TELÉFONO:		
CORREO ELECTRÓNICO:			
VINCULACIÓN:	<input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Amigo <input type="radio"/> Conocido <input type="radio"/> Cuidador <input type="radio"/> Otros: _____		
CANAL UTILIZADO:	<input type="radio"/> Presencial <input type="radio"/> Teléfono <input type="radio"/> Correo electrónico <input type="radio"/> Otro: _____		
LUGAR DE SOLICITUD:			FECHA DE SOLICITUD:
Expreso que la información proporcionada es verás y auténtica, la cual, podrá ser verificada por el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos – INPEP, según sus mecanismos de comprobación de datos, sabiendo que podrá contactarme en cualquier momento del proceso ante el reporte de fallecimiento, según estime conveniente.			
USUARIO QUE REPORTA		DATOS DE PRESENTACIÓN	
[Firma o nombre de la cuenta de correo electrónico o número de teléfono del que reporta]		FECHA:	
		HORA:	
		REGISTRO DE ATENCIÓN:	
		AGENTE CAU QUE RECEPCIONA:	
INPEP, Entre 15 y 17 Calle Poniente, Centro de Gobierno, San Salvador, El Salvador, C.A.			



## BITÁCORA DE ACTUALIZACIÓN

Nº DE REVISIÓN	VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN APROBADA	APROBADOR Y FECHA
1	N/A	Febrero 2021	Presidencia y Gerencia INPEP el 11 de febrero de 2021.
2	Febrero 2021	Febrero 2022	Presidencia y Gerencia INPEP el 25 de febrero de 2022.
3			

