

SOLICITUD DE REVISIÓN DE SERVICIOS

LEY 70 (PROGRAMA DE INCENTIVOS, RETIRO Y READIESTRAMIENTO)

Instrucciones:

- El participante solicitará revisión a los documentos entregados por la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR) solamente para los casos que presentaron error de cálculos u omisión de información.
- Tramitará esta solicitud y la documentación requerida al Coordinador Agencial para Asuntos de Retiro o Coordinador Auxiliar (Coordinador) dentro del plazo de cinco (5) días laborables a partir del recibo oficial del Estado de Cuenta y/o Costos de Servicios No Cotizados. *(Esta solicitud y la documentación deberá sellarse con la fecha y hora de radicación.)*
- El participante continuará con el estatus "empleado activo" de la Agencia o Corporación mientras se evalúa esta solicitud y se determina el resultado de la misma.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial	Sexo	Fecha de Nacimiento (día/mes/año)	Seguro Social
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Estado Civil	Tel. Residencial	Nombre de la Agencia	Tel. Trabajo
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero			
Dirección Residencial		Dirección Postal	
Urb, Cond, Edif, Bo		P O Box	
Núm. Calle, Ave, Edif, Ap, Ste		HC Box, RR Box	
Ciudad	Estado	Zip + 4	
		Ciudad	Estado Zip + 4

INFORMACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO

Solicito revisión del siguiente servicio:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estado de Cuenta (E/C) | <input type="checkbox"/> Costos de Servicios No Cotizados (SNC) | <input type="checkbox"/> Anualidad (componente 4b) |
| <input type="checkbox"/> Reembolso de Aportaciones | <input type="checkbox"/> Transferencia de Aportaciones a Otro Sistema de Retiro | <input type="checkbox"/> Pensión (componente 4c) |
| <input type="checkbox"/> Pago Global (Reforma 2000) | <input type="checkbox"/> Reembolso de Balance en Cuenta de Ahorro | |

Razones para solicitar la revisión del servicio antes indicado:

Favor de acompañar esta solicitud con la siguiente documentación requerida:

- Carta formal solicitando el servicio de revisión.
- Documentación para validar las razones.

Solicitado por: _____
Firma
Fecha (día/mes/año)

PARA USO DEL COORDINADOR

El Coordinador revisará, evaluará y radicará la documentación remitida por el Participante ante la ASR en un término de cinco (5) días laborables a partir del recibo de la misma.

Recibido por: _____
Nombre del Coordinador
Firma
Fecha (día/mes/año)

PARA USO DE ASR

La ASR tendrá quince (15) días laborables para evaluar esta solicitud conforme al expediente de retiro del Participante y la documentación adicional requerida y/o adicional.

Recibido por: _____
Nombre
Firma
Puesto
Fecha (día/mes/año)