



ADMINISTRACION DE  
LOS SISTEMAS DE RETIRO

---

*Gobierno de Puerto Rico*

*Área de Beneficios  
División de Participantes*

*Servicios no Cotizados*

*Conceptos acreditables  
y documentos necesarios para el tramite de la solicitud*

## Documentos Generales

Todo participante que desee acreditar servicios no cotizados por los conceptos que se señalan a continuación deberá someter al Sistema los siguientes documentos requeridos en original.

- Solicitud de crédito por Servicios no Cotizados.
- Certificación de status actual como empleado que indique si continúa trabajando o está en licencia sin sueldo.
- De haber efectuado algún pago por concepto de Servicios no Cotizados informados anteriormente deberá suministrar evidencia del mismo.
- Hojas de Servicios de todos los servicios prestados y cotizados a este Sistema de Retiro
- Copia de la Declaración Individual (Modelo OP-80) en la cual se acogió al Sistema a su ingreso por primera vez al servicio, o certificación de la agencia.
- Copia de la Declaración Individual (Modelo OP-80) de haberse acogido al Plan de Completa Suplementación luego de su ingreso al Sistema.

| <input type="checkbox"/> 061 SERVICIOS PRESTADOS EN AGENCIAS FEDERALES  | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación de la agencia donde prestó servicios indicativa del lugar, periodos y salarios devengados, excluyendo el porciento de aumento por el costo de vida (COLA) |            |          |           |           |
| Certificación del "Civil Service Retirement System" indicando si no efectuó aportaciones; en caso afirmativo, evidencia del reembolso de las mismas                     |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 064 ESTUDIOS POR BECA   | 1          | 2        | 3         | 4         |
|--|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS   | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación de la agencia que concedió la beca indicando el periodo que cubrió la beca   |            |          |           |           |
| Certificación de la institución donde cursó los estudios indicando los periodos de estudio |            |          |           |           |
| Certificación de la agencia indicando la fecha de reinstalación, (si aplica)               |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 065 SERVICIOS PRESTADOS EN AGENCIAS Y MUNICIPIOS  | 1          | 2        | 3         | 4         |
|--|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS   | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación de la agencia o municipio indicando los periodos trabajados no cotizados, sueldo y "status" (regular o irregular) durante el periodo reclamado |            |          |           |           |
| En servicios prestados por hora, certificación indicando el número de horas, sueldo por hora y total de sueldos devengados desglosados mes por mes           |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 065A SERVICIOS POR CONTRATO  | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación indicando lo siguiente:   |            |          |           |           |
| 1. Si los servicios se prestaron diariamente, el lugar y el horario                             |            |          |           |           |
| 2. Si los servicios prestados eran equivalentes a un puesto, indicar el nombre del puesto       |            |          |           |           |
| Si la compensación era por sueldo mensual, fija o por hora (indicar el número de horas por mes) |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 065B SERVICIOS PRESTADOS COMO LEGISLATURA MUNICIPAL | 1      | 2        | 3         | 4         |
|--|--------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS   | COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | No APLICA |
| Certificación de Elección emitida por la Comisión Estatal de Elecciones.     |        |          |           |           |
| Certificación de la Legislatura Municipal indicando los periodos de servicio |        |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 065C SERVICIOS PRESTADOS COMO LEGISLADOR                       | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación de Elección o nombramiento por la Comisión Estatal de Elecciones.         |            |          |           |           |
| Certificación del Cuerpo Legislativo indicando el periodo de servicio y sueldo mensual. |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 065D SERVICIOS PRESTADOS COMO ALCALDE ANTES DEL 1RO DE JULIO DE 1967   | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación de la Legislatura Municipal o de la Oficina de Recursos Humanos indicando los periodos de servicio reclamados y sueldo mensual. |            |          |           |           |
| Certificación Negativa del Secretario de Justicia o de la Comisión para Ventilar Querellas Municipales (si es alcalde en la actualidad).      |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 066 SERVICIOS PRESTADOS EN LA ASOCIACIÓN DE MAESTROS; CORPORACIÓN DE SERVICIOS LEGALES; SOCIEDAD PARA LA ASISTENCIA LEGAL; CORPORACIÓN PRO-BONO, INC.; ASOCIACIÓN DE MIEMBROS DE LA POLICÍA; OFICINA LEGAL DE SANTURCE, INC.; ASOCIACIONES, FEDERACIONES Y COOPERATIVAS DE EMPLEADOS PÚBLICOS; ASOCIACIÓN DE ALCALDES DE PUERTO RICO; FEDERACIÓN DE MUNICIPIOS DE PUERTO RICO Y LOS CONSORCIOS MUNICIPALES | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación del patrono indicando los periodos de servicio, sueldo mensual devengado y tipo de nombramiento (regular o irregular)   |            |          |           |           |
| Copia del acuerdo del patrono para el pago de la aportación patronal  |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 067 DEVOLUCIÓN DE APORTACIONES   | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Expediente inactivo correspondiente al periodo reembolsado o evidencia del reembolso efectuado (si dispone de ella)   |            |          |           |           |
| Certificación Negativa del expediente con Hoja de Servicios indicando los periodos, sueldos y descuentos para retiro expedida por la agencia para la cual prestó los servicios, (si aplica) |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 068 SERVICIO MILITAR, ESTUDIOS DE VETERANO  | 1          | 2        | 3         | 4         |
|--|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS   | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Forma DD 214, 100, 5861 ó la 1681  |            |          |           |           |
| Forma DD 214 del periodo en que fue activado (aplica a casos de la Guardia Nacional)                                       |            |          |           |           |
| Certificación de la Administración de Veteranos o de la institución donde cursó estudios indicando los periodos de estudio |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 069 SERVICIOS PRESTADOS EN INTERNADOS Y RESIDENCIAS MÉDICAS  | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación de la Institución Gubernamental donde prestó los servicios indicando el periodo cubierto por el internado o residencia. |            |          |           |           |
| Certificación indicando si el internado o residencia fue requisito para obtener el grado o licencia.                                  |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 070 SERVICIOS PRESTADOS A UNIONES OBRERAS   | 1          | 2        | 3         | 4         |
|--|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITO ESPECÍFICO   | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación de la agencia indicando el periodo que cubre la licencia sin sueldo, el cargo en la directiva de la unión y el sueldo antes y después de la licencia sin sueldo. |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 071 LEY 6 - LICENCIA SIN SUELDO  | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Copia del Informe Obrero Patronal refiriéndolo al Fondo del Seguro del Estado                         |            |          |           |           |
| Certificación de la agencia indicando el periodo de la licencia sin sueldo.                           |            |          |           |           |
| Certificación del Fondo del Seguro del Estado indicando la fecha en que se recuperó de la incapacidad |            |          |           |           |
| Declaración Jurada indicando que no desempeñó empleo remunerado durante los periodos reclamados       |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 073 SERVICIOS PRESTADOS EN HEAD START                              | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación del patrono indicando si se cobraron cargos por el cuidado de los niños       |            |          |           |           |
| Certificación del patrono indicando los periodos de servicio reclamados y el sueldo mensual |            |          |           |           |
| Certificación del patrono indicando el nombre del centro y la dirección física              |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 074 SERVICIOS PRESTADOS A PARTIDOS POLÍTICOS   | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| REQUISITOS ESPECÍFICOS  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación del partido político indicando los periodos de servicio reclamados, los sueldos devengados y la procedencia de los fondos |            |          |           |           |
| Certificación de la agencia indicando el sueldo devengado antes y después de la licencia sin sueldo                                     |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 076 REINSTALACIÓN ORDENADA POR TRIBUNAL O FORO ADMINISTRATIVO REQUISITO ESPECÍFICO   | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
|   | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Copia certificada de la Resolución o Sentencia Final  |            |          |           |           |
| Certificación de la agencia indicando la fecha de la reinstalación  |            |          |           |           |
| Certificación de la agencia indicando los sueldos pagados, descuentos efectuados y periodos cubiertos por el pago   |            |          |           |           |
| Certificación de la agencia indicando el sueldo mensual que debió devengar durante el periodo de cesantía   |            |          |           |           |
| Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) indicando los periodos reclamados, los sueldos devengados y los descuentos efectuados para el retiro (si trabajó con un patrono gubernamental durante el periodo de la cesantía) |            |          |           |           |

| <input checked="" type="checkbox"/> 078 INSUFICIENCIA AL PLAN DE LA COMPLETA SUPLEMENTACIÓN REQUISITO ESPECÍFICO   | 1          | 2        | 3         | 4         |
|--|------------|----------|-----------|-----------|
|  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Hoja de Servicios ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) emitida por la(s) agencia(s) donde prestó los servicios indicando los periodos trabajados, el sueldo mensual, el total de sueldos devengados y los descuentos para retiro por año fiscal |            |          |           |           |
| Certificación del primer descuento efectuado a base del Plan de la Completa Suplementación   |            |          |           |           |

| <input type="checkbox"/> 079 SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LOS LIMITES TERRITORIALES DE PUERTO RICO REQUISITO ESPECÍFICO  | 1          | 2        | 3         | 4         |
|--|------------|----------|-----------|-----------|
|  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Certificación de la agencia del Gobierno de Puerto Rico establecida fuera del país indicando los periodos cubiertos, el sueldo mensual y el tipo de nombramiento |            |          |           |           |
| Funcionario del Gobierno de Puerto Rico que Pase a Prestar Servicios por la Ley 63 del 20 de junio de 1962   |            |          |           |           |
| Certificación del Departamento de Estado indicando que el participante estaba adscrito a dicho Departamento durante el periodo en que se prestaron los servicios |            |          |           |           |
| Certificación del Departamento de Estado indicando el periodo de prestación de servicios y el sueldo mensual   |            |          |           |           |

Comentarios \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de la Agencia \_\_\_\_\_ Firma del Coordinador de la Agencia \_\_\_\_\_ Fecha pre-cotejo de solicitud (Dia/Mes/Año) \_\_\_\_\_

**Para ser completado por la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR)**

SOLICITUD COMPLETADA  SÍ  NO

Nombre del Orientador \_\_\_\_\_ Firma del Orientador \_\_\_\_\_ Fecha cotejo de solicitud (Dia-Mes-Año) \_\_\_\_\_

## **HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA SERVICIOS NO COTIZADOS INSTRUCCIONES GENERALES**

- ★ La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada. Es responsabilidad de la Agencia verificar que toda la información (fecha, número de años a acreditar, plan de pago, etc.) contenida en la misma armonice conforme a los intereses del participante.
- ★ Se requiere Declaración Individual para evidenciar el plan de aportaciones al que esté acogido el participante. En ausencia de ésta, se requiere una certificación negativa e indicativa del plan al que está cotizando. En los casos de participantes acogidos al Plan de la Completa Suplementación, es indispensable que la certificación indique, además, la fecha del primer descuento a base del referido Plan.
- ★ En todos los casos de participantes a los que se le haya informado costos por servicios no cotizados, es requisito que someta evidencia del pago. Ésta deberá ser copia del Recibo Oficial de Pago o Certificación de Nómina de la agencia indicando los descuentos efectuados, la fecha de comienzo y de terminación, la cantidad mensual y el total descontado. En caso de interrupciones en el descuento, deberá especificarlo. De no haber efectuado ningún pago, se requiere una comunicación donde lo haga constar.
- ★ Debe someter el expediente de Asuntos de Retiro, en original. Debe incluir el expediente inactivo, si aplica. Solamente se aceptarán expedientes sustitutos en casos extremos, cuando se hayan agotado todos los recursos para localizar el expediente de Asuntos de Retiro, sin éxito. En tal situación, se requiere que cada documento del expediente sea certificado y se acompañe una comunicación explicativa en detalle de las gestiones realizadas para localizar el expediente original.

### **061 Servicios en Agencias Federales**

- ★ La certificación de la Agencia debe indicar el sueldo mensual o anual, las fechas y los cambios de sueldos. En casos de servicios por jornal deberá indicar el jornal por hora, horas trabajadas y el sueldo devengado.

### **067 Devolución de Aportaciones Retiradas**

- ★ Se agotarán todos los recursos disponibles para localizar el expediente inactivo. De no localizarlo, deberán someter una Certificación Negativa del Expediente expedida por la agencia para la cual prestó los servicios. Esta vendrá acompañada de la Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) indicando los periodos trabajados, sueldos devengados, descuentos para retiro y la Certificación de Interrupciones en el Servicio ASR-PA-005 (Rev.Dic.09).

### **068 Servicio Militar y Estudios de Veterano**

- ★ Para la acreditación de los estudios como veterano se requiere la Forma 214 evidenciando el servicio militar. La evidencia de los estudios debe ser una Certificación de la Administración de Veteranos indicando los periodos exactos de estudios (día, mes, año) en original o copia certificada. En su lugar puede suministrar la Certificación de Estudios expedida por la institución donde cursó los estudios. Esta deberá indicar los periodos exactos de estudio (día, mes, año), si fueron aprobados satisfactoriamente, ser en original y tener el sello de la institución educativa.

### **071 Licencia sin Sueldo (Ley 6 del 18 de febrero de 1976) Reportado al Fondo del Seguro del Estado**

- ★ Para cada periodo en licencia sin sueldo el participante deberá radicar la decisión del Administrador del Fondo del Seguro del Estado sobre tratamiento médico, indicando la fecha en que se le ordenó permanecer en descanso y la fecha de reinstalación al servicio.
- ★ En caso de haber estado en licencia sin sueldo durante más de un periodo, deberá incluirlos todos en la declaración jurada.



## SOLICITUD DE CRÉDITO POR SERVICIOS NO COTIZADOS O INFORME DE DEUDA POR CAMBIO AL PLAN DE COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

INICIAL

RECÓMPUTO

### SECCION I. INFORMACION DEL PARTICIPANTE

|  |  |  |   |                      |  |
|--|--|--|---|----------------------|--|
| Apellido Paterno   |  | Apellido Materno   |   | Nombre               |  |
| Seguro Social  |  | Nacimiento (Día-Mes-Año)   |   | Teléfono Residencial |  |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero |  | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |   |                      |  |
| Dirección Postal:  |  |  | Dirección Residencial:                                      |                      |  |
| Urbanización, Condominio o Barrio  |  |  | Urbanización, Condominio o Barrio                           |                      |  |
| P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato      |  |  | Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera y Kilómetro |                      |  |
| Pueblo, País y Código Postal   |  |  | Pueblo, País y Código Postal                                |                      |  |

### SECCION II. INFORMACION DE LA AGENCIA

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Agencia Donde Presta Servicios   |  | Primer Descuento (Día-Mes-Año)          |  |
| Cantidad de Años que Desea Acreditar   |  | Fecha Tentativa de Retiro (Día-Mes-Año) |  |
| Plan Acogido: <input type="checkbox"/> Coordinado <input type="checkbox"/> Completa Suplementación |  | Teléfono de la Oficina                  |  |

### SECCION III. CONCEPTO QUE DESEA ACREDITAR

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios por Contratos Equivalente a un Puesto  | <input type="checkbox"/> Servicios Prestados a Asociaciones  |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados en Agencias Federales  | <input type="checkbox"/> Devolución de Aportaciones Retiradas  |
| <input type="checkbox"/> Estudios de Veteranos  | <input type="checkbox"/> Servicio Militar  |
| <input type="checkbox"/> Estudios por Beca  | <input type="checkbox"/> Internados y Residencias Médicas  |
| <input type="checkbox"/> Plan Completa Suplementación   | <input type="checkbox"/> Licencia sin Sueldo bajo las Disposiciones de la Ley Núm. 5 del 8 de septiembre de 1980 |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados a Agencias, Instrumentalidades, Municipios y Empresas Conforme a las Disposiciones de Ley 10 de 1992 | <input type="checkbox"/> Licencia sin Sueldo bajo las Disposiciones de la Ley Núm. 6 del 18 de febrero de 1976   |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados en Programas "Head Start"  | <input type="checkbox"/> Servicios Prestados a Partidos Políticos  |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados Fuera de los Límites Territoriales   | <input type="checkbox"/> Servicios Prestados como Alcalde antes del 1ro. de julio de 1967                        |
| <input type="checkbox"/> Reinstalación Ordenada por un Tribunal o Foro Administrativo   |  |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados como Legislador  |  |

### SECCION IV. INDIQUE EL PLAN DE PAGO DESEADO

|                                   |                                   |                                   |   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 18 Meses | <input type="checkbox"/> 36 Meses | <input type="checkbox"/> 60 Meses | <input type="checkbox"/> 84 Meses             |
| <input type="checkbox"/> 24 Meses | <input type="checkbox"/> 48 Meses | <input type="checkbox"/> 72 Meses | <input type="checkbox"/> Pago Total Inmediato |

### SECCION V. INDIQUE LOS AÑOS QUE DESEA COMPLETAR

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deseo Completar 10 Años de Servicio | <input type="checkbox"/> Deseo Completar 30 Años de Servicio                                     |
| <input type="checkbox"/> Deseo Completar 25 Años de Servicio | <input type="checkbox"/> Deseo Completar 10 Años de Servicio y Solicitar Pensión por Incapacidad |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Firma del Participante | Fecha (Día-Mes-Año) |
|------------------------|---------------------|

Al momento de radicar la Solicitud por Servicios No Cotizados, se deberá incluir todos los documentos requeridos para el proceso de la misma. Al dorso se indican los documentos necesarios para la radicación de la solicitud.

| <b>DOCUMENTOS A RADICAR CON TODA SOLICITUD</b>   |  |
|--|--|
| 1. Solicitud de Crédito por Servicios No Cotizados<br>2. Certificación de Status Actual como empleado.<br>3. Hoja de Servicios con Aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nómina.<br>4. Certificación de Interrupciones en el Servicio.   | 5. Declaración Individual, en ausencia de ésta, una certificación indicativa del plan al que cotiza y fecha en que se acogió a dicho plan.<br>6. Copia del recibo oficial de pago de Servicios No Cotizados y/o certificación de la agencia indicativa de los descuentos efectuados desglosados (si aplica).<br>7. Expediente para Asuntos de Retiro en original.                    |
| <b>DOCUMENTOS ADICIONALES A RADICAR DE ACUERDO AL CONCEPTO</b>   |  |
| <b>SERVICIOS PRESTADOS EN AGENCIAS INSTRUMENTALIDADES, CORPORACIONES Y MUNICIPIOS</b>  | <b>SERVICIOS PRESTADOS EN AGENCIAS FEDERALES</b>   |
| 1. Certificación de la agencia o municipio, indicativa de los periodos trabajados no cotizados, que indique sueldo y status ( regular o irregular ) durante el periodo reclamado.<br>2. En servicios prestados por hora, deberá suministrar certificación indicativa del número de horas, sueldo por hora y total de sueldos devengados desglosados mes por mes.                 | 1. Certificación de la agencia dónde prestó servicios indicativa del lugar, periodos y salarios devengados, excluyendo el porciento de aumento por el costo de vida ( COLA).<br>2. Certificación del "Civil Service Retirement System" indicando si no efectuó aportaciones; en caso afirmativo, suministre evidencia del reembolso de la misma.                                     |
| <b>SERVICIOS PRESTADOS EN PROGRAMA "HEAD START"</b>  | <b>SERVICIO MILITAR (CONFLICTO ARMADO, TIEMPO DE PAZ), ESTUDIOS DE VETERANOS Y GUARDIA NACIONAL</b>  |
| 1. Certificación del patrono indicando si se cobraron cargos por el cuidado de niños.<br>2. Certificación del patrono, indicativa del periodo de servicios reclamados y del sueldo mensual.<br>3. Certificación del patrono, indicativa del nombre del centro y la dirección física.   | 1. Forma DD 214.100.5861 o 1681<br>2. Forma DD 214 del período en que fue activado ( aplica a casos de la Guardia Nacional)<br>3. Certificación de la Administración de Veteranos o de la institución dónde cursó estudios, indicativa de los periodos de estudios ( aplica a estudios de veteranos ).   |
| <b>INTERNADOS Y RESIDENCIAS MÉDICAS</b>  | <b>ESTUDIOS POR BECA</b>   |
| 1. Certificación de la Institución Gubernamental dónde prestó los servicios, indicativa del periodo cubierto por el internado o residencias.<br>2. Certificación indicativa de si el internado o residencia fue requisito para obtener el grado o licencia.  | 1. Certificación de la agencia que concedió la beca, indicativa del periodo que cubrió la beca.<br>2. Certificación de la institución donde cursó los estudios, indicativa de los periodos de estudios.<br>3. Certificación de la agencia indicativa de la fecha de la reinstalación. (si aplica)  |
| <b>SERVICIOS POR CONTRATOS</b>   | <b>LEY NÚM. 5 SERVICIOS PRESTADOS A UNIONES OBRERAS</b>  |
| 1. Certificación indicativa de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Si los Servicios se Prestaron Diariamente, el Lugar y el Horario.</li> <li>● Si los servicios prestados eran equivalentes a un puesto e indicar el nombre del puesto.</li> <li>● Si la compensación era a base mensual, fija o por hora ( Indicar el número de horas por mes ).</li> </ul> | 1. Certificación de la agencia indicativa del periodo que cubre licencia sin sueldo, el cargo en la directiva de la unión y el sueldo antes y después de la licencia sin sueldo.<br>2. Certificación de la Unión Obrera indicando el cargo a la directiva y la fecha de comienzo y terminación de los servicios.<br>3. Correcciones a la Hoja de Solicitud de Servicios No Cotizados |
| <b>SERVICIOS PRESTADOS COMO LEGISLADOR</b>   | <b>SERVICIOS PRESTADOS A PARTIDOS POLÍTICOS</b>  |
| 1. Certificación de elección o nombramiento por la Comisión Estatal de Elecciones.<br>2. Certificación del Cuerpo Legislativo indicativa del periodo de servicios y el sueldo mensual.   | 1. Certificación del partido político, indicativa del periodo de servicios reclamados, los sueldos devengados y la procedencia de los fondos.<br>2. Certificación de la agencia, indicativa del sueldo devengado antes y después de la licencia sin sueldo.  |

| SERVICIOS PRESTADOS COMO ALCALDE ANTES DEL 1ro. DE JULIO DE 1967  | DEVOLUCIÓN DE APORTACIONES   |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de la asamblea municipal o de la Oficina de Recursos Humanos, indicativa de los periodos de servicios reclamados y sueldo mensual.</li> <li>2. Certificación Negativa del Secretario de Justicia o de la Comisión para Ventilar Querellas Municipales ( si es alcalde en la actualidad ).</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expediente inactivo correspondiente al periodo reembolsado o evidencia del reembolso efectuado ( si dispone de ella ).</li> <li>2. Certificación Negativa del expediente con Hoja de Servicios, indicativa de los periodos, sueldos y descuentos para retiro expedida por la agencia para la cual prestó los servicios ( si Aplica ).</li> </ol> |
| LEY NÚM. 6 LICENCIA SIN SUELDO (DISFRUTADA A PARTIR DEL 18 DE FEBRERO DE 1979 ).  | INSUFICIENCIA DEL PLAN COMPLETA SUPLEMENTACIÓN   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia del Informe Obrero Patronal refiriéndolo al Fondo del Seguro del Estado.</li> <li>2. Certificación de la agencia, indicativa del periodo que estuvo fuera por motivo de la incapacidad.</li> <li>3. Certificación del Fondo del Seguro del Estado, indicativa de la fecha en que se recuperó parcial o totalmente de la incapacidad.</li> <li>4. Declaración Jurada, indicativa de que no desempeñó empleo remunerado durante los periodos de licencia sin sueldo.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoja de Servicios emitida por la(s) agencia(s) donde prestó servicios indicando los periodos trabajados, el sueldo mensual, el total de sueldos devengados y los descuentos para retiro por año fiscal.</li> <li>2. Certificación del primer descuento efectuado a base del Plan de la Completa Suplementación.</li> </ol>                       |
| REINSTALACIÓN ORDENADA POR EL TRIBUNAL O FORO ADMINISTRATIVO  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia certificada de la resolución o sentencia final.</li> <li>2. Certificación de la agencia, indicativa de la fecha de la reinstalación.</li> <li>3. Certificación de la agencia, indicativa de los sueldos pagados, descuentos efectuados y periodos cubiertos por el pago.</li> <li>4. Certificación de la agencia, indicativa del sueldo mensual que debió devengar durante el periodo de cesantía.</li> <li>5. Hoja de Servicio, indicativa de los periodos reclamados, los sueldos devengados y los descuentos efectuados para Retiro ( si trabajó con un patrono gubernamental durante el periodo de cesantía ).</li> <li>6. Copia de la nómina de los sueldos dejados de recibir.</li> </ol> |  |
| SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LOS LIMITES TERRITORIALES DE PUERTO RICO   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de la Agencia del Gobierno de Puerto Rico establecida fuera del país, indicativa de los periodos cubiertos, el sueldo mensual y el tipo de nombramiento.</li> </ol> <p><u>FUNCIÓNARIOS DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO QUE PASE A PRESTAR SERVICIOS BAJO LA LEY 63 DEL 20 DE JUNIO DE 1962</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación del Departamento de Estado indicando que el participante estaba adscrito a dicho departamento durante el periodo en que se prestaron los servicios.</li> <li>2. Certificación del Departamento de Estado, indicativa del periodo de prestación de servicios y sueldo mensual.</li> </ol>   |  |
| SERVICIOS PRESTADOS EN LA ASOCIACIÓN DE MAESTROS; CORPORACIÓN DE SERVICIOS LEGALES, SOCIEDAD PARA LA ASISTENCIA LEGAL; CORPORACIÓN PRO-BONO INC. ASOCIACIÓN DE MIEMBROS DE LA POLICÍA; OFICINA LEGAL DE SANTURCE INC., ASOCIACIONES, FEDERACIONES Y COOPERATIVAS DE EMPLEADOS PÚBLICOS ASOCIACIÓN DE ALCALDES DE PUERTO RICO; FEDERACIÓN DE MUNICIPIOS DE PUERTO RICO Y LOS CONSORCIOS MUNICIPALES.   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación del patrono, indicativa de los periodos de servicios, sueldo mensual devengado y tipo de nombramiento (Regular o Irregular ).</li> <li>2. Copia del acuerdo del patrono para pago de la aportación patronal.</li> </ol>   |  |



### CERTIFICACIÓN RELACIONADA CON INTERRUPCIONES EN EL SERVICIO

Retiro Definido (Ley 447)

Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro (Ley 305)

CERTIFICO que

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Inicial

\_\_\_\_\_  
Apellido Paterno

\_\_\_\_\_  
Apellido Materno

tuvo

no tuvo interrupciones en el servicio que prestó a

\_\_\_\_\_  
Núm. Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Agencia - Municipio - Corporación Pública

A continuación el detalle de las mismas:

| TIPO DE INTERRUPCIÓN                                   | DESDE              | HASTA              |
|--|--------------------|--------------------|
|  | <i>Día/Mes/Año</i> | <i>Día/Mes/Año</i> |
| <input type="checkbox"/> Licencia sin sueldo           |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
| <input type="checkbox"/> Participación en huelga (s)   |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
| <input type="checkbox"/> Suspensión de empleo y sueldo |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |

Dada en \_\_\_\_\_, P.R., hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre Director Recursos Humanos  
o su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Puesto que Ocupa

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.





**DECLARACIÓN INDIVIDUAL PARA PERMANECER ACOGIDO O DEJAR SIN EFECTO LA ELECCION AL PLAN DE COMPLETA SUPLEMENTACIÓN, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES DE LA LEY NÚM. 93 DEI 19 DE JUNIO DE 1968, SEGÚN ENMENDADA.**

Yo, \_\_\_\_\_, Seguro Social \_\_\_\_\_  
(Nombre, Inicial, Apellidos Paterno y Materno)

participante del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno de Puerto Rico y la Judicatura, he decidido llenar este formulario luego de conocer las disposiciones de la Ley Núm. 93 del 19 de junio de 1968, según enmendada, por la Ley Núm. 13 del 4 de enero de 2000.

He recibido notificación del Sistema de Retiro en la cual se me informa que la deuda por concepto del cambio al Plan de Completa Suplementación asciende a \_\_\_\_\_.

Además, hago constar mi determinación de:

- Dejar sin efecto mi decisión de acogerme al Plan de Completa Suplementación provisto por Ley Núm. 93 de 19 de junio de 1968, según enmendada y continuar acogido al Plan de Coordinación de los beneficios de la Ley de Retiro y los de la Ley del Seguro Social Federal, bajo el cual la pensión que me corresponde recibir del Sistema de Retiro se reducirá al cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.
- Continuar acogido al Plan de Completa Suplementación y saldar la deuda por concepto de diferencia adeudada antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad. Bajo este plan la pensión que me corresponde recibir del Sistema de Retiro, no se reducirá al cumplir la edad antes indicada.

De no devolver este documento completado dentro del término de noventa (90) días, a partir del recibo de la notificación de deuda, se entenderá que mi decisión es permanecer acogido al Plan de Completa Suplementación previamente seleccionado.

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día-Mes-Año)

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

## B. SERVICIOS PRESTADOS EN AGENCIAS, INSTRUMENTALIDADES, CORPORACIONES Y MUNICIPIOS

- Certificación de servicios prestados indicando sueldo mensual devengado y fechas exactas del período reclamado y el carácter o status del empleado en el momento en que prestó los servicios (deberá indicar períodos de licencias sin sueldo). En casos de servicios prestados en jornada parcial, favor de indicar el número de horas, sueldo por hora y total de sueldos devengados desglosado mes por mes.
- En caso de servicios prestados a Municipios, someta certificación adicional que indique status como empleado (regular o irregular).

HOJA DE SERVICIO

LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

| APellidos:                       | PATERNOS                    | MATERNOS | CASADA | NOMBRE              | E.T.                                   | FONDO           | AGENCIA          | DIVISION                 | SUB-DIVISION        | ASIGNACION |                          |
|----------------------------------|-----------------------------|----------|--------|---------------------|--|-----------------|------------------|--------------------------|---------------------|------------|--------------------------|
|                                  |                             |          |        |                     |  |                 |                  |                          |                     |            | SIMBOLOS DE CONTABILIDAD |
| NUM. SEGURO SOCIAL               |                             |          |        | NUM. EMPLEADO       | FECHA NACIMIENTO                       |                 |                  |                          |                     |            |                          |
| MUNICIPIO DE SAN JUAN            |                             |          |        | REG. DE CARRE.      | 1RO NOV. 1978 4.5%                     |                 |                  |                          |                     |            |                          |
| AGENCIA QUE PRESTO LOS SERVICIOS |                             |          |        | STATUS DEL EMPLEADO | FECHA DEL PRIMER DESCUENTO PARA RETIRO |                 |                  |                          |                     |            |                          |
| CLASIFICACION DEL PUESTO         | PERIODOS DE SERVICIOS DESDE |          |        | SUeldo MENSUAL      | CANTIDAD DEL DIFERENCIAL               | SUeldo POR HORA | HORAS TRABAJADAS | TOTAL SUELDOS DEVENGADOS | AFECTACION AL SIETE |            |                          |
|                                  | D                           | M        | A      |                     |  |                 |                  |                          |                     |            |                          |
| PEON DE TRUCK                    | 01                          | 07       | 51     | 30                  | 09                                     | 51              | .40              | 560                      | \$ 224.00           |            |                          |
|                                  | 01                          | 10       | 51     | 31                  | 12                                     | 51              | .40              | 608                      | 243.02              |            |                          |
|                                  | 01                          | 01       | 52     | 31                  | 03                                     | 52              | .40              | 600                      | 239.80              |            |                          |
|                                  | 01                          | 04       | 52     | 30                  | 06                                     | 52              | .40              | 628                      | 251.20              |            |                          |
|                                  | 01                          | 07       | 52     | 30                  | 09                                     | 52              | .42              | 576                      | 241.84              |            |                          |
|                                  | 01                          | 10       | 52     | 31                  | 12                                     | 52              | .42              | 748                      | 314.16              |            |                          |
|                                  | 01                          | 01       | 53     | 31                  | 03                                     | 53              | .42              | 658                      | 263.76              |            |                          |
|                                  | 01                          | 04       | 53     | 30                  | 06                                     | 53              | .42              | 604                      | 253.80              |            |                          |
|                                  | 01                          | 07       | 53     | 30                  | 09                                     | 53              | .50              | 712                      | 356.00              |            |                          |
|                                  | 01                          | 10       | 53     | 31                  | 12                                     | 53              | .50              | 661                      | 330.68              |            |                          |
|                                  | 01                          | 01       | 54     | 31                  | 03                                     | 54              | .50              | 709                      | 354.32              |            |                          |
|                                  | 01                          | 04       | 54     | 30                  | 06                                     | 54              | .50              | 653                      | 326.50              |            |                          |
|                                  | 01                          | 07       | 54     | 30                  | 09                                     | 54              | .55              | 621                      | 341.52              |            |                          |
|                                  | 01                          | 10       | 54     | 31                  | 12                                     | 54              | .55              | 724                      | 398.20              |            |                          |

SERVICIO NOMBRAMIENTO TRANSITORIO DESDE EL 15-7-51 HASTA EL 31-10-78 REGULARA DE CARRERA DESDE EL 1 DE NOVIEMBRE DE 1978 HASTA EL PRESENTE

CONFIRMACION ES CORRECTA

08/08/1997  
FECHA

HOJA DE SERVICIO

LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

|                                  |  |                |  |                          |  |                  |  |
|----------------------------------|--|----------------|--|--------------------------|--|------------------|--|
| PATERNOS                         |  | MATERNOS       |  | CASADA                   |  | NOMBRE           |  |
| NUM. SOCIAL                      |  | NUM. EMPLEADO  |  | 25-12-23                 |  | FECHA NACIMIENTO |  |
| MUNICIPIO DE SAN JUAN            |  | REG. DE CARRE. |  | STATUS DEL EMPLEADO      |  | E.T.             |  |
| AGENCIA QUE PRESTO LOS SERVICIOS |  | FONDO          |  | AGENCIA                  |  | DIVISION         |  |
| SUB-DIVISION                     |  | ASIGNACION     |  | SIMBOLOS DE CONTABILIDAD |  | AFORTA AL SER    |  |

1RO NOV. 1978 4.5%

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO PARA RETIRO

| CLASIFICACION DEL PUESTO | PERIODOS DE SERVICIOS HASTA |          |          |          | SUELDO MENSUAL | CANTIDAD DEL DIFERENCIAL | SUELDO POR HORA | HORAS TRABAJADAS | TOTAL SUELDOS DEVENGADOS | AFORTA AL SER |
|--------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|----------------|--------------------------|-----------------|------------------|--------------------------|---------------|
|                          | DESDE                       | DESDE    | HASTA    | HASTA    |                |                          |                 |                  |                          |               |
| PEON DE TRUCK            | 01 07 72                    | 30 09 72 | 01 10 72 | 31 12 72 | 1.91           | 572                      | 1,092.52        |                  |                          |               |
|                          | 01 01 73                    | 31 03 73 | 01 04 73 | 30 06 73 | 1.91           | 348                      | 664.68          |                  |                          |               |
|                          | 01 07 73                    | 30 09 73 | 01 10 73 | 31 12 73 | 1.91           | 520                      | 993.20          |                  |                          |               |
|                          | 01 01 74                    | 31 03 74 | 01 04 74 | 30 06 74 | 2.06           | 544                      | 1,039.04        |                  |                          |               |
|                          | 01 07 74                    | 30 09 74 | 01 10 74 | 31 12 74 | 2.06           | 486                      | 1,001.16        |                  |                          |               |
|                          | 01 01 75                    | 31 03 75 | 01 04 75 | 30 06 75 | 2.06           | 520                      | 1,071.20        |                  |                          |               |
|                          | 01 07 75                    | 30 09 75 | 01 10 75 | 31 12 75 | 2.06           | 480                      | 988.80          |                  |                          |               |
|                          | 01 01 76                    | 31 03 76 | 01 04 76 | 30 06 76 | 2.06           | 368                      | 758.08          |                  |                          |               |
|                          | 01 07 76                    | 30 09 76 | 01 10 76 | 31 12 76 | 2.06           | 307                      | 632.56          |                  |                          |               |
|                          | 01 01 77                    | 31 03 77 | 01 04 77 | 30 06 77 | 2.06           | 520                      | 1,071.20        |                  |                          |               |
|                          | 01 07 77                    | 30 09 77 | 01 10 77 | 31 12 77 | 2.06           | 524                      | 1,079.44        |                  |                          |               |
|                          | 01 01 78                    | 31 03 78 | 01 04 78 | 30 06 78 | 2.06           | 544                      | 1,120.64        |                  |                          |               |
|                          | 01 07 78                    | 30 09 78 | 01 10 78 | 31 12 78 | 2.21           | 496                      | 1,096.16        |                  |                          |               |
|                          | 01 01 79                    | 31 03 79 | 01 04 79 | 30 06 79 | 2.21           | 560                      | 1,237.60        |                  |                          |               |

SERVICIOS

ESTIPICO ... INDEMNIZACION ES CORRECTA

*Manuel S. ...*  
JEFE DE PERSONAL O REPRESENTANTE

28/05/1997

FECHA

HOJA DE SERVICIO

LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

|          |          |          |        |        |
|----------|----------|----------|--------|--------|
| ELLIDOS: | PATERNOS | MATERNOS | CASADA | NOMBRE |
|          |          |          |        |        |
|          |          |          |        |        |

|                                  |                     |                  |
|----------------------------------|---------------------|------------------|
| M. SEGURO SOCIAL                 | NUM. EMPLEADO       | FECHA NACIMIENTO |
|                                  |                     |                  |
| MUNICIPIO DE SAN JUAN            | REG. DE CARRE.      |                  |
| AGENCIA QUE PRESTO LOS SERVICIOS | STATUS DEL EMPLEADO |                  |

SIMBOLOS DE CONTABILIDAD

1RO NOV. 1978 4.5%

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO PARA RETIRO

| CLASIFICACION<br>DEL PUESTO | PERIODOS DE SERVICIOS<br>DESDE |    |    | HASTA |    |    | SUELDO MENSUAL | CANTIDAD DEL<br>DIFERENCIAL | SUELDO<br>FOR HORA | HORAS<br>TRABAJADAS | TOTAL SUELDOS<br>DEVENGADOS | AFORTALECI<br>AL SISTEMA |
|-----------------------------|--------------------------------|----|----|-------|----|----|----------------|-----------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------|
|                             | D                              | M  | A  | D     | M  | A  |                |                             |                    |                     |                             |                          |
|                             | 01                             | 01 | 76 | 31    | 03 | 76 |                |                             | 2.21               | 200                 | \$ 442.00                   |                          |
|                             | 01                             | 04 | 76 | 30    | 06 | 76 |                |                             | 2.21               | 240                 | 530.40                      |                          |
|                             | 01                             | 07 | 76 | 30    | 09 | 76 |                |                             | 2.51               | 540                 | 1,305.20                    |                          |
|                             | 01                             | 10 | 76 | 31    | 12 | 76 |                |                             | 2.51               | 480                 | 1,204.80                    |                          |
|                             | 01                             | 01 | 77 | 31    | 03 | 77 |                |                             | 2.51               | 560                 | 1,405.60                    |                          |
|                             | 01                             | 04 | 77 | 30    | 06 | 77 |                |                             | 2.51               | 520                 | 1,325.20                    |                          |
|                             | 01                             | 07 | 77 | 30    | 09 | 77 |                |                             | 2.71               | 440                 | 1,192.40                    |                          |
|                             | 01                             | 10 | 77 | 31    | 12 | 77 |                |                             | 2.71               | 558                 | 1,513.20                    |                          |
|                             | 01                             | 01 | 78 | 31    | 03 | 78 |                |                             | 2.71               | 520                 | 1,409.20                    |                          |
|                             | 01                             | 04 | 78 | 30    | 06 | 78 |                |                             | 2.71               | 536                 | 1,452.56                    |                          |
|                             | 01                             | 07 | 78 | 30    | 09 | 78 |                |                             | 2.81               | 303                 | 854.24                      |                          |
|                             | 01                             | 10 | 78 | 31    | 10 | 78 |                |                             | 2.81               | 187                 | 524.63                      |                          |
| BAJO                        | 01                             | 11 | 80 | 31    | 03 | 80 | \$495.00       |                             |                    |                     | 8,415.00                    | \$378.76                 |
| EA.                         | 01                             | 04 | 80 | 31    | 08 | 80 | 515.00         |                             |                    |                     | 2,575.00                    | 115.90                   |

FACTUR

COMO QUE LA INFORMACION ES CORRECTA

*María Soledad Jiménez*

28 Agosto 1997

111116

**AUTORIDAD DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS DE PUERTO RICO**  
**Oficina "Centro de Procesamiento Electrónico de Datos"**  
**Sección de Procesamiento de Datos - Unidad Record de Personal**  
**Contabilidad General y Nóminas**

**CERTIFICACIONES SERVICIOS NO COTIZADOS**

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
OPERACIONES \_\_\_\_\_ 7.5 \_\_\_\_\_  
Clasificación \_\_\_\_\_ Jornada de Trabajo \_\_\_\_\_

Año Fiscal 1965 - 1966

| Periodo de Pago     | Horas Regulares Trabajadas | Salario P/H | Salario Devengado   |
|---------------------|----------------------------|-------------|---------------------|
| 12-19-66 - 12-31-66 | (41.50)                    | \$0.75      | \$ 31.12            |
| 1-1-67 - 1-31-67    | 158.00                     | 0.75        | 118.50              |
| 2-1-67 - 2-28-67    | 143.00                     | 0.75        | 107.25              |
| 3-1-67 - 3-31-67    | 176.50                     | 0.75        | 132.38              |
| 4-1-67 - 4-30-67    | 180.00                     | 0.75        | 135.00              |
| 5-1-67 - 5-31-67    | 165.00                     | 0.75        | 123.75              |
| 6-1-67 - 6-30-67    | 176.00                     | 0.75        | 132.00              |
| TOTAL               | 1,040.00                   | --          | \$ 780.00<br>778.37 |
|                     |                            |             |                     |
|                     |                            |             |                     |
|                     |                            |             |                     |
|                     |                            |             |                     |
|                     |                            |             |                     |
|                     |                            |             |                     |
|                     |                            |             |                     |

NC

Preparado por: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Supervisor Unidad Record de Personal  
 Contabilidad General y Nóminas

Fecha: 16 de agosto 1967

Teléfonos: \_\_\_\_\_

**AUTORIDAD DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS DE PUERTO RICO**  
**Oficina "Centro de Procesamiento Electrónico de Datos"**  
**Sección de Procesamiento de Datos - Unidad Record de Personal**  
**Contabilidad General y Nóminas**

**CERTIFICACIONES SERVICIOS NO COTIZADOS**

|                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| <u>Nombre del Empleado</u> | <u>Seguro Social</u>      |
| OPERACIONES                | 7.5                       |
| <u>Clasificación</u>       | <u>Jornada de Trabajo</u> |

Año Fiscal 1967 - 1968

| Periodo de Pago    | Horas Regulares Trabajadas | Salario P/H | Salario Devengado |
|--------------------|----------------------------|-------------|-------------------|
| 7-1-67 - 7-31-67   | 168.50                     | \$0.75      | \$ 126.37         |
| 8-1-67 - 8-31-67   | 180.00                     | 0.75        | 135.00            |
| 9-1-67 - 9-30-67   | 172.50                     | 0.75        | 129.38            |
| 10-1-67 - 10-31-67 | 165.50                     | 0.75        | 124.12            |
| 11-1-67 - 11-15-67 | 82.50                      | 0.75        | 61.88             |
| TOTAL--            | 769.00                     | --          | \$ 576.75         |
|                    |                            |             |                   |
|                    |                            |             |                   |
|                    |                            |             |                   |
|                    |                            |             |                   |
|                    |                            |             |                   |
|                    |                            |             |                   |
|                    |                            |             |                   |
|                    |                            |             |                   |
|                    |                            |             |                   |
|                    |                            |             |                   |

Preparado por:

Revisado, por:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Supervisor Unidad Record de Personal  
Contabilidad General y Nóminas

Fecha: 16 de agosto 1989

Teléfonos: 765-3190

**C. SERVICIOS PRESTADOS EN  
ASOCIACION DE MAESTROS,  
CORPORACION DE SERVICIOS  
LEGALES, SOCIEDAD PARA LA  
ASISTENCIA LEGAL, CORPORACION  
PRO-BONO, ASOCIACION DE  
MIEMBROS DE LA POLICIA, OFICINA  
DE SERVICIOS LEGALES DE  
SANTURCE INC., ASOCIACIONES,  
FEDERACIONES Y COOPERATIVAS DE  
EMPLEADOS PUBLICOS,  
ASOCIACIONES DE ALCALDES DE  
PUERTO RICO, LA FEDERACION DE  
MUNICIPIOS DE PUERTO RICO Y LOS  
CONSORCIOS MUNICIPALES.**

—Certificación del patrono que indique períodos de servicio, sueldo mensual devengado, status como empleado y si el empleado recibió alguna bonificación.



## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA SERVICIOS NO COTIZADOS

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 061 AGENCIAS FEDERALES                      | <input type="checkbox"/> 069 INTERNADOS Y RESIDENCIAS MÉDICAS       | <input type="checkbox"/> 076 REINSTALACIÓN ORDENADA POR TRIBUNAL O FORO ADMINISTRATIVO |
| <input type="checkbox"/> 064 ESTUDIOS POR BECA                       | <input type="checkbox"/> 070 LEY 5 UNIONES OBRERAS SIN SUELDO (FSE) | <input type="checkbox"/> 078 INSUFICIENCIA AL PLAN DE COMPLETA SUPLEMENTACIÓN          |
| <input type="checkbox"/> 065 AGENCIAS Y MUNICIPIOS                   | <input type="checkbox"/> 071 LEY 6 LICENCIA                         | <input type="checkbox"/> 079 FUERA DE LOS LÍMITES TERRITORIALES                        |
| <input type="checkbox"/> 066 ASOCIACIONES                            | <input type="checkbox"/> 073 HEAD START                             |  |
| <input type="checkbox"/> 067 DEVOLUCIÓN DE APORTACIONES              | <input type="checkbox"/> 074 PARTIDOS POLÍTICOS                     |  |
| <input type="checkbox"/> 068 SERVICIO MILITAR Y ESTUDIOS DE VETERANO |   |  |

NOMBRE DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
Nombre, Apellidos Paterno y Materno

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

CORREO / PO BOX CONDOMINIO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

CALLE \_\_\_\_\_

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

AGENCIA ACTUAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA AGENCIA \_\_\_\_\_

PLAN DE PAGO \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

AÑOS A ACREDITAR \_\_\_\_\_

FECHA TENTATIVA DE RETIRO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DE RADICACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

PLAN ACOGIDO  COORDINADO  
 COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

RECÓMPUTO  SÍ  
 NO

- NOTA 1. El coordinador deberá llenar la columna número 1 realizando una marca de cotejo y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro.
2. El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 realizando una marca de cotejo, según aplique.

| REQUISITOS GENERALES  | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
|   | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Solicitud de Crédito por Servicios no Cotizados   |            |          |           |           |
| Certificación de status como empleado   |            |          |           |           |
| Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) con aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nómina   |            |          |           |           |
| Declaración Individual, en ausencia de ésta, una certificación indicativa del plan al que cotiza y fecha en que se acogió a dicho plan                    |            |          |           |           |
| Copia del recibo oficial de pago de servicios no cotizados y/o certificación de la agencia indicativa de los descuentos efectuados desglosados, si aplica |            |          |           |           |
| Certificación de Interrupciones en el Servicio ASR-PA-005 (Rev.Dic.09) (actualizada)  |            |          |           |           |



# Sociedad para Asistencia Legal

CALLE ESTEBAN GONZALEZ 839  
ESQ. CALLE AÑASCO  
RIO PIEDRAS, P.R.

APARTADO 21186  
RIO PIEDRAS, P.R. 00928  
TELEFONO 765-3875  
FAX: 765-0136

*Ldo. Benigno Alicea Alicea*  
DIRECTOR EJECUTIVO

Certificación de Servicios Prestados a la Sociedad para Asistencia Legal como Empleado Regular.

- I. Nombre Completo (Apellidos paterno y materno)
- II. Núm. Seguro Social: - - -
- III. Fecha de Comienzo: 16 de junio de 1969
- IV. Fecha de Renuncia: 15 de mayo de 1973
- V. Relación de Sueldos:

| Puesto  | Sueldo Mensual | Período de Servicio<br>Desde - Hasta | Total Sueldos |
|---------|----------------|--------------------------------------|---------------|
| Abogado | \$675.00       | 16 - 30 junio de 1969                | \$337.50      |
|         | \$675.00       | 1 julio 69 - 31 agosto 1969          | \$1,350.00    |
|         | \$700.00       | 1 sept. 69 - 30 junio 1970           | \$7,000.00    |
|         | \$800.00       | 1 julio 70 - 31 agosto 1970          | \$1,600.00    |
|         | \$833.32       | 1 sept. 70 - 30 junio 1971           | \$8,333.20    |
|         | \$900.00       | 1 julio 71 - 30 junio 1972           | \$10,800.00   |
|         | \$1,083.32     | 1 julio 72 - 15 mayo 1973            | \$11,374.86   |

VI. La Ley Número 10 del 21 de mayo de 1992 no asigna fondos para el pago o parcial de la aportación patronal correspondiente.



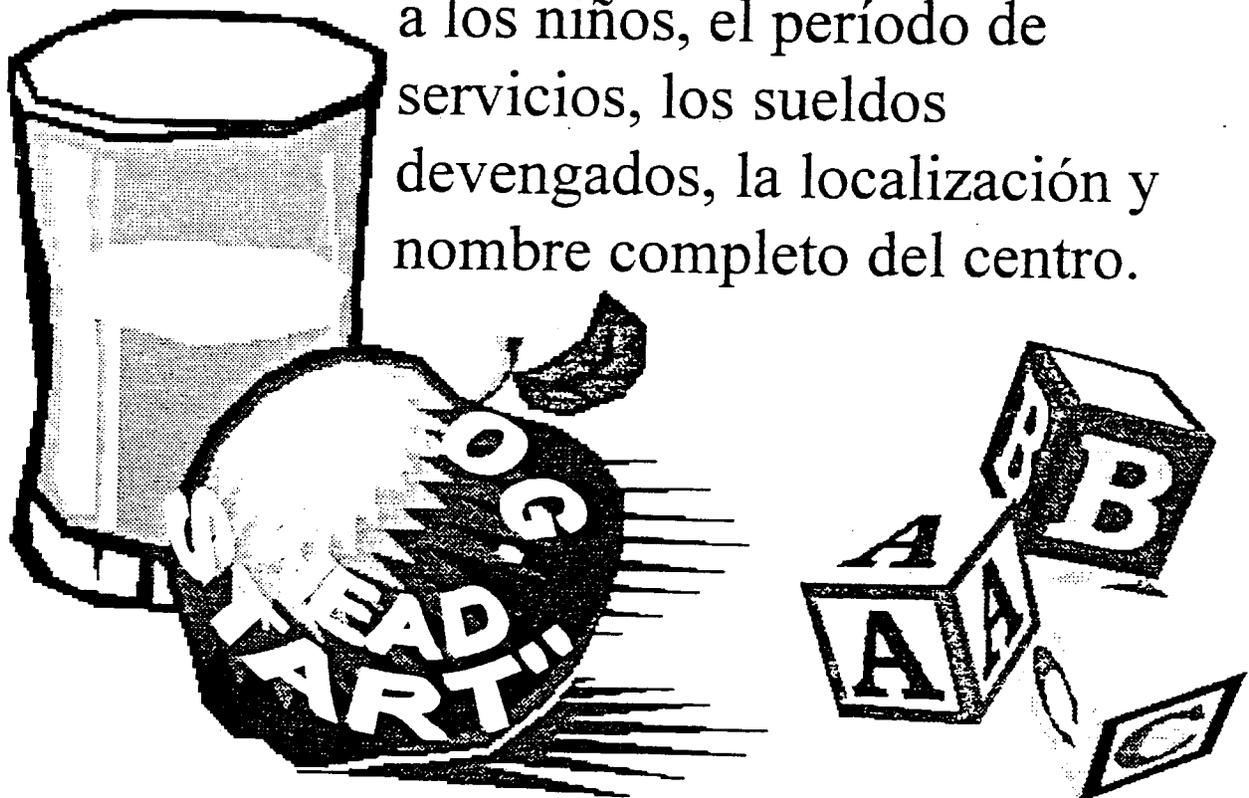
Certificado Correcto

*Héctor A. Díaz*  
Héctor A. Díaz  
Oficial de Finanzas

5 de febrero de 1993

## D. SERVICIOS PRESTADOS EN PROGRAMA "HEAD START"

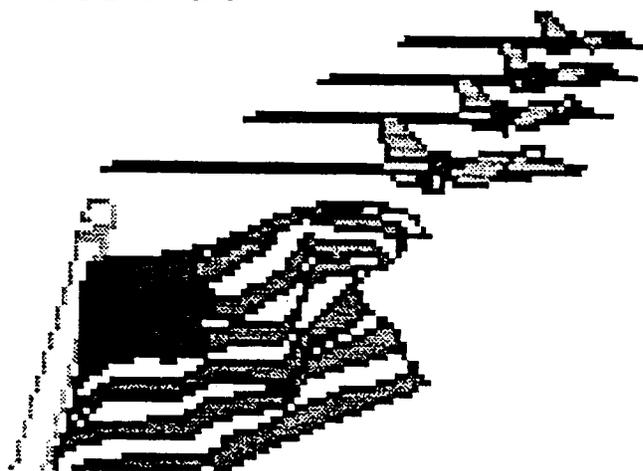
—Certificación del patrono para el cual prestó los servicios indicando si se efectuó cobro o emolumentos de clase alguna por el cuidado y servicios a los niños, el período de servicios, los sueldos devengados, la localización y nombre completo del centro.



# E SERVICIO MILITAR

(CONFLICTO ARMADO Y TIEMPO DE PAZ):

- Copia de cualquiera de las siguientes formas: 214, 100, 5861 ó 1681
- Certificación emitida por la Administración de Veterano que especifique el sueldo mensual de comienzo y terminación del período a acreditar. (Para servicios prestados a partir del 8 de mayo de 1975).



THIS IS AN IMPORTANT RECORD  
SAFEGUARD IT.

|  |                             |   |  |   |                    |  |  |                       |                    |     |  |
|--|-----------------------------|---|--|---|--------------------|--|--|-----------------------|--------------------|-----|--|
| LAST NAME - FIRST NAME - MIDDLE NAME   |                             |   | 1. SEX<br>M  | 2. SOCIAL SECURITY NUMBER   |                    |  | 3. DATE OF BIRTH   | YEAR                  | MONTH              | DAY |  |
| 4. DEPARTMENT, COMPONENT AND BRANCH OR CLASS<br>ARMY-RA  |                             |   |  | 5. GRADE, RATE OR RANK<br>SP4   | 6. PAY GRADE<br>E4 | 7. DATE OF RANK  | YEAR   | MONTH                 | DAY                |     |  |
| 8. SELECTIVE SERVICE NUMBER<br>53 68 53 69   |                             |   | 9. SELECTIVE SERVICE LOCAL BOARD NUMBER, CITY, STATE AND ZIP CODE<br>LB No 68 Toa Alta, PR 00758 |   |                    | 10. HOME OF RECORD AT TIME OF ENTRY INTO ACTIVE SERVICE<br>(Street, RFD, City, State and ZIP Code)<br>Bo Quebrada Arenas<br>Toa Alta, PR 00758 |  |                       |                    |     |  |
| 11. TYPE OF SEPARATION<br>Relief from AD   |                             |   |  |   |                    | 12. STATION OR INSTALLATION AT WHICH EFFECTED<br>Ft Buchanan, PR   |  |                       |                    |     |  |
| 13. AUTHORITY AND REASON   |                             |   |  |   |                    | 14. EFFECTIVE DATE   | YEAR   | MONTH                 | DAY                |     |  |
| 15. CHARACTER OF SERVICE<br>HONORABLE  |                             |   |  |   |                    | 16. TYPE OF CERTIFICATE ISSUED<br>NA   |  | 17. REENLISTMENT CODE |                    |     |  |
| 18. DUTY ASSIGNMENT AND MAJOR COMMAND<br>Fort Meade, MD FC   |                             |   |  | 19. COMMAND TO WHICH TRANSFERRED<br>USAR Con Gp (Anl Tng)<br>RCPAC 9700 Page Plvd, St Louis, MO 63132                     |                    |  |  |                       |                    |     |  |
| 20. TERMINAL DATE OF RESERVE/ MIL OBLIGATION<br>YEAR MONTH DAY<br>79 07 08   |                             |   | 21. PLACE OF ENTRY INTO CURRENT ACTIVE SERVICE (City, State and ZIP Code)<br>San Juan, PR 00933  |   |                    |  | 22. DATE ENTERED ACTIVE DUTY THIS PERIOD<br>YEAR MONTH DAY<br>73 07 09 |                       |                    |     |  |
| 23. PRIMARY SPECIALTY NUMBER AND TITLE<br>76Y20-Unit & Org Sup<br>75-03-01<br>(90)   |                             | 24. RELATED CIVILIAN OCCUPATION AND D.O.T. NUMBER<br>Armorer<br>632.381   |  | 25. RECORD OF SERVICE   |                    |  | YEARS  | MONTHS                | DAYS               |     |  |
| 26. SECONDARY SPECIALTY NUMBER AND TITLE   |                             | 27. RELATED CIVILIAN OCCUPATION AND D.O.T. NUMBER   |  | (a) NET ACTIVE SERVICE THIS PERIOD  |                    |  | 2  | 0                     | 2                  |     |  |
|  |                             |   |  | (b) PRIOR ACTIVE SERVICE  |                    |  | 0  | 0                     | 0                  |     |  |
|  |                             |   |  | (c) TOTAL ACTIVE SERVICE (a + b)  |                    |  | 2  | 0                     | 2                  |     |  |
|  |                             |   |  | (d) PRIOR INACTIVE SERVICE  |                    |  | 0  | 0                     | 0                  |     |  |
|  |                             |   |  | (e) TOTAL SERVICE FOR PAY (c + d)   |                    |  | 2  | 0                     | 2                  |     |  |
|  |                             |   |  | (f) FOREIGN AND/OR SEA SERVICE THIS PERIOD  |                    |  | 0  | 0                     | 0                  |     |  |
| 28. INDOCHINA OR KOREA SERVICE SINCE AUGUST 8, 1954<br><input type="checkbox"/> YES <input checked="" type="checkbox"/> NO             |                             |   |  | 29. HIGHEST EDUCATION LEVEL SUCCESSFULLY COMPLETED (in years)<br>SECONDARY/HIGH SCHOOL 12 YRS (1-12 grades) COLLEGE 0 YRS |                    |  |  |                       |                    |     |  |
| 30. TIME LOST (Preceding Two Yrs)  | 31. DAYS ACCRUED LEAVE PAID | 32. SERVICEMEN'S GROUP LIFE INSURANCE COVERAGE<br><input type="checkbox"/> \$15,000 <input type="checkbox"/> \$5,000<br>\$20,000<br><input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> NONE |  | 33. DISABILITY SEVERANCE PAY<br><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES<br>AMOUNT INA                    |                    |  | 34. PERSONNEL SECURITY INVESTIGATION<br>TYPE                           |                       | 35. DATE COMPLETED |     |  |
| NA   | 11                          |   |  |   |                    |  | NA   |                       | NA                 |     |  |
| 36. DECORATIONS, MEDALS, BADGES, COMMENDATIONS, CITATIONS AND CAMPAIGN RIBBONS AWARDED OR AUTHORIZED<br>National Defense Service Medal |                             |   |  |   |                    |  |  |                       |                    |     |  |
| 37. REMARKS<br>2 days retained in Service for the convenience of the Government  |                             |   |  |   |                    |  |  |                       |                    |     |  |
| 38. MAILING ADDRESS AFTER SEPARATION (Street, RFD, City, County, State and ZIP Code)<br>Toa Alta, PR                                   |                             |   |  |   |                    | 39. SIGNATURE OF PERSON BEING SEPARATED  |  |                       |                    |     |  |
| 40. TYPED NAME, GRADE AND TITLE OF AUTHORIZING OFFICER<br>E. WASHINGTON, JR. 2LT, AGC<br>OIC US Army Trf Activity                      |                             |   |  |   |                    | 41. SIGNATURE OF OFFICER AUTHORIZED TO SIGN  |  |                       |                    |     |  |

FORM NOV 68 214

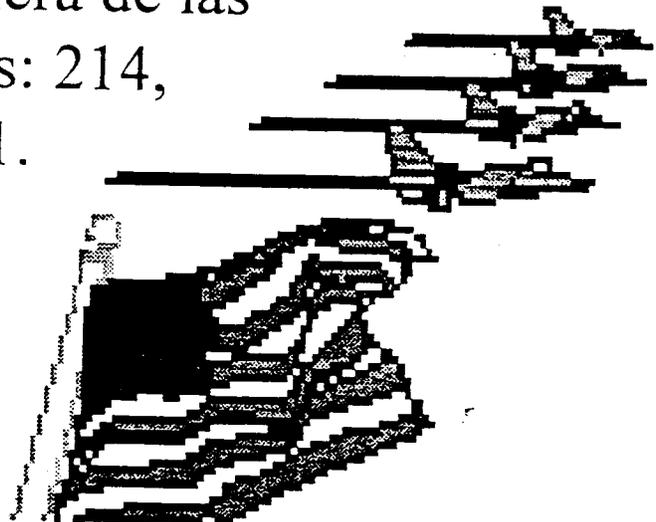
PREVIOUS EDITIONS OF THIS FORM ARE OBSOLETE.

THIS IS AN IMPORTANT RECORD SAFEGUARD IT.

REPORT OF SEPARATION FROM ACTIVE DUTY

## F. ESTUDIOS DE VETERANO

- Certificación de la Administración de Veteranos sobre los periodos de estudios.
- Y/o Certificación de la institución educativa, que indique fechas de los períodos de estudios.
- Copia de cualquiera de las siguientes formas: 214, 100, 5861, 1681.





## CERTIFICACIÓN DE ESTUDIOS DE VETERANOS BAJO CUALQUIER LEY ESTATAL O FEDERAL

Certifico que \_\_\_\_\_ empleado número \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos Seguro Social

de \_\_\_\_\_ estudió en \_\_\_\_\_  
Agencia Nombre de la Institución Donde Estudió

Los Estudios Duraron :

| Desde |     |     | Hasta |     |     |
|-------|-----|-----|-------|-----|-----|
| Mes   | Día | Año | Mes   | Día | Año |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |
|       |     |     |       |     |     |

Certifico, además, que dichos estudios fueron aprobados satisfactoriamente y que estos se realizaron bajo el amparo de la Ley Núm. 10 del 21 de mayo de 1992.

\_\_\_\_\_  
Representante Autorizado  
Institución Educativa

\_\_\_\_\_  
Puesto

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día-Mes-Año)



DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS

Regional Office  
GPO Box 364867  
San Juan, PR 00936

In Reply Refer To:

TO WHOM IT MAY CONCERN:

This is to certify that in accordance with the records of the Department of Veterans Affairs, the veteran received educational benefits under Chapter 34 as follows:

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| January 15, 1968 to May 11, 1968      | - \$85.00  |
| June 3, 1968 to July 1, 1968          | - \$175.00 |
| June 4, 1969 to July 2, 1969          | - \$135.00 |
| August 25, 1969 to May 16, 1970       | - \$85.00  |
| July 2, 1970 to August 4, 1970        | - \$230.00 |
| August 24, 1970 to May 15, 1971       | - \$230.00 |
| June 1, 1971 to June 29, 1971         | - \$230.00 |
| July 1, 1971 to July 30, 1971         | - \$230.00 |
| August 18, 1971 to December 16, 1971  | - \$230.00 |
| December 17, 1971 to May 19, 1972     | - \$243.00 |
| August 15, 1975 to May 15, 1976       | - \$309.00 |
| August 17, 1976 to September 14, 1976 | - \$410.00 |

This certificate is issued at the veteran's request.

Veterans Services Officer

## G. SERVICIOS FEDERALES

—**Certificación expedida por cualquier agencia o institución federal, indicando:**

- a. períodos de servicios, salarios devengados, nombre de la agencia y lugar exacto donde se prestaron los servicios y cualquier período de ausencia o de licencia sin retribución.
- b. no deberá incluir aumentos en salarios por concepto de alza en el costo de la vida (COLA).
- c. Certificación oficial de la “Civil Service Retirement System” que indique si cotizó y de haber cotizado, acompañar evidencia de haber retirado las aportaciones.



"ORIGINAL"

|  |  |            |  |             |  |               |  |                |  |        |  |                |  |            |  |                    |  |
|--|--|------------|--|-------------|--|---------------|--|----------------|--|--------|--|----------------|--|------------|--|--------------------|--|
| LAST NAME  |  | FIRST NAME |  | MIDDLE NAME |  | DATE OF BIRTH |  | SC-3, SEC. NO. |  | AGENCY |  | PAYROLL OFFICE |  | LOCATION   |  | PAYROLL OFFICE NO. |  |
|  |  |            |  |             |  | MO. DAY YR.   |  |                |  | V.A.   |  | D.P.C.         |  | AUSTIN, TX |  | 3600-2020          |  |
| 1.   |  |            |  |             |  | 09 08 45      |  |                |  |        |  |                |  |            |  |                    |  |
| 2.   |  |            |  |             |  |               |  |                |  |        |  |                |  |            |  |                    |  |
| 3.   |  |            |  |             |  |               |  |                |  |        |  |                |  |            |  |                    |  |
| 4.   |  |            |  |             |  |               |  |                |  |        |  |                |  |            |  |                    |  |
| DO NOT USE   |  |            |  |             |  |               |  |                |  |        |  |                |  |            |  |                    |  |
| (RECORD EACH NAME CHANGE - STRIKE OUT PREVIOUS NAME) |  |            |  |             |  |               |  |                |  |        |  |                |  |            |  |                    |  |

| SERVICE HISTORY |                 |          |            |         |      |                                 |                                      |         |  | FISCAL RECORD                                  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
|-----------------|-----------------|----------|------------|---------|------|---------------------------------|--------------------------------------|---------|--|--|---------------------------------|--------------------------------------|---------|--|------|---------------------------------|--------------------------------------|---------|
| EFFECTIVE DATE  | ACTION          | BASE PAY | DO NOT USE | REMARKS | YEAR | CALENDAR YEAR SALARY DEDUCTIONS | ACCUMULATIVE TOTAL SALARY DEDUCTIONS | REMARKS |  | YEAR   | CALENDAR YEAR SALARY DEDUCTIONS | ACCUMULATIVE TOTAL SALARY DEDUCTIONS | REMARKS |  | YEAR | CALENDAR YEAR SALARY DEDUCTIONS | ACCUMULATIVE TOTAL SALARY DEDUCTIONS | REMARKS |
| 07-24-67        | CAREER-COND APP | 4,776.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | 1967   | 128.18                          | 128.18                               |         |  | 1967 | 128.18                          | 128.18                               |         |
| 10-08-67        | PAY ADJ         | 4,995.00 | 5/10       |         |      |                                 |                                      |         |  | 1968   | 333.14                          | 461.32                               |         |  | 1968 | 333.14                          | 461.32                               |         |
| 01-28-68        | NAME CHG        | 4,995.00 | 4-15       |         |      |                                 |                                      |         |  | 1969   | 361.93                          | 823.25                               |         |  | 1969 | 361.93                          | 823.25                               |         |
| 07-14-68        | PAY ADJ         | 5,145.00 | 4-15       |         |      |                                 |                                      |         |  | 1970   | 472.30                          | 1295.55                              |         |  | 1970 | 472.30                          | 1295.55                              |         |
| 07-28-68        | WITHIN-GR INC   | 5,316.00 | 4-15       |         |      |                                 |                                      |         |  | 1971   | 515.58                          | 1811.13                              |         |  | 1971 | 515.58                          | 1811.13                              |         |
| 12-15-68        | PROM            | 5,732.00 | 4-15       |         |      |                                 |                                      |         |  | 1972   | 563.29                          | 2374.42                              |         |  | 1972 | 563.29                          | 2374.42                              |         |
| 07-13-69        | PAY ADJ         | 6,176.00 | 5-14       |         |      |                                 |                                      |         |  | 1973   | 659.38                          | 3033.80                              |         |  | 1973 | 659.38                          | 3033.80                              |         |
| 11-24-69        | LWOP            | 6,176.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | 1974   | 616.20                          | 3650.00                              |         |  | 1974 | 616.20                          | 3650.00                              |         |
| 12-11-69        | KTD             | 6,176.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | DEDUCTIONS & SERVICE CERTIFIED CORRECTIVE DATE |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 12-28-69        | WITHIN-GR INC   | 6,382.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  |  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 12-28-69        | PAY ADJ         | 6,766.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | SIGNATURE AND TITLE<br>DEC 19 1971             |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 07-24-70        | CONV-CAREER TEN | 6,766.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  |  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 11-01-70        | REASSIGN        | 6,766.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | DEDUCTIONS & SERVICE CERTIFIED CORRECTIVE DATE |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 12-27-70        | WITHIN-GR INC   | 6,984.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  |  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 01-10-71        | PAY ADJUST LEG  | 7,400.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | DEDUCTIONS & SERVICE CERTIFIED CORRECTIVE DATE |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 12-26-71        | WITHIN-GR INC   | 7,631.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  |  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 01-09-72        | PAY ADJUST LEG  | 8,051.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | DEDUCTIONS & SERVICE CERTIFIED CORRECTIVE DATE |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 08-20-72        | CHG TO LOWER    | 8,051.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  |  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
|                 | GR              | 8,070.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | DEDUCTIONS & SERVICE CERTIFIED CORRECTIVE DATE |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 10-15-72        | QUALITY INC     | 8,714.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  |  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 10-29-72        | REASSIGN        | 8,288.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | DEDUCTIONS & SERVICE CERTIFIED CORRECTIVE DATE |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 05-13-73        | PROM            | 9,236.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  |  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 10-14-73        | PAY ADJUST LEG  | 9,663.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | DEDUCTIONS & SERVICE CERTIFIED CORRECTIVE DATE |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 01-06-74        | REASSIGN        | 9,663.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  |  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
| 10-01-74        | PAY ADJUST LEG  | 8,714.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  | DEDUCTIONS & SERVICE CERTIFIED CORRECTIVE DATE |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |
|                 |                 | 8,714.00 |            |         |      |                                 |                                      |         |  |  |                                 |                                      |         |  |      |                                 |                                      |         |





OFICINA DE REGISTRADURIA

23 de mayo de 1997

Fecha

A quien pueda interesar:

Certifico que \_\_\_\_\_,  
con número de identificación \_\_\_\_\_, estudió en esta  
Institución en el período de Agosto/1967 hasta Mayo/1969  
y tiene un total de 75 créditos aprobados.

\*Promedio General: 2.56

Se expide esta certificación a petición del estudiante, hoy  
23 de mayo de 1997.

Cordialmente,

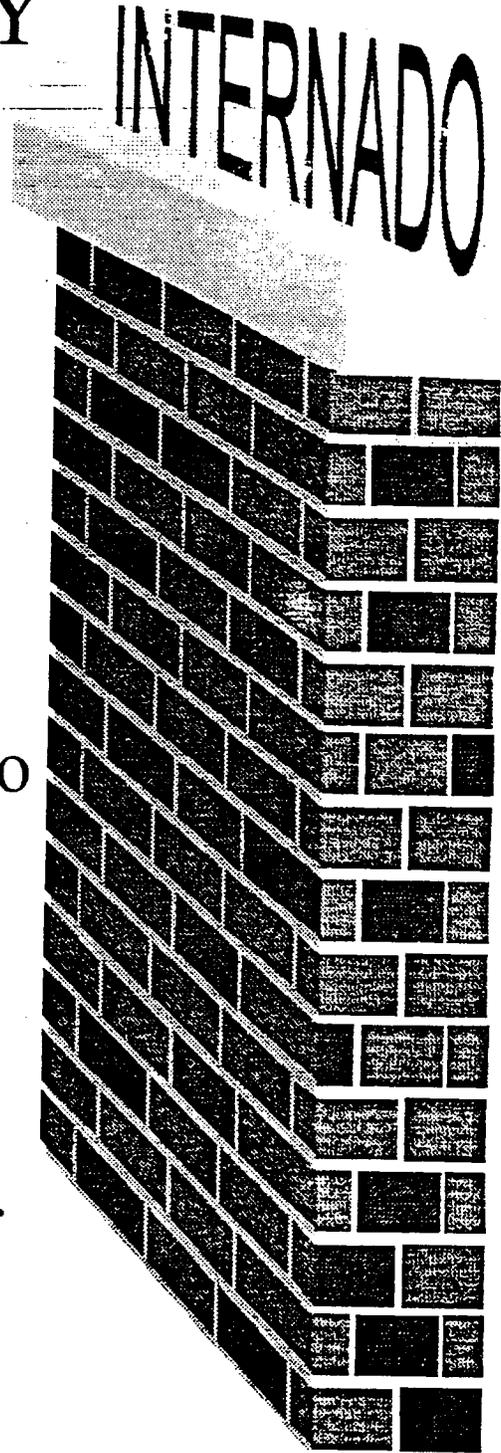
\_\_\_\_\_  
Registrador Asociado

SELLO DEL COLEGIO

No hay errores ni borraduras

# I. INTERNADOS Y RESIDENCIAS MEDICAS

—Certificación de la Institución donde prestó los servicios que indique el período cubierto para la residencia o el internado. Debe especificar si fue requisito para obtener el grado o licencia.





# Municipio de San Juan

DEPARTAMENTO DE SALUD  
HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN JUAN  
DR. RAFAEL LOPEZ NUSSA



## A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certifico que el \_\_\_\_\_, Seguro Social  
, prestó servicios en el Hospital Municipal de San Juan,  
Dr. Rafael López Nussa.

| <u>TITULO</u>  | <u>FECHA</u>                                    | <u>CANTIDAD-MES</u>  |
|--|---|--|
| Médico Residente<br>en Obstetricia<br>y Ginecología<br>Nivel I   | Desde<br>1 julio 1972<br>Hasta<br>30 junio 1973 | \$550.00 Compensación<br>\$150.00 Vivienda<br>\$80.00 Almuerzo |
| Médico Residente<br>en Obstetricia<br>y Ginecología<br>Nivel II  | Desde<br>1 julio 1973<br>Hasta<br>30 junio 1974 | \$650.00 Compensación<br>\$150.00 Vivienda<br>\$80.00 Almuerzo |
| Médico Residente<br>en Obstetricia<br>y Ginecología<br>Nivel III | Desde<br>1 julio 1974<br>Hasta<br>1 junio 1975  | \$750.00 Compensación<br>\$150.00 Vivienda<br>\$80.00 Almuerzo |

Este período de tiempo es requisito para poder ejercer la  
Obstetricia y Ginecología en Puerto Rico. El Programa de Educación  
Médica está debidamente acreditado.

Dada esta certificación hoy 9 de junio de 1997.

CERTIFICADA POR:

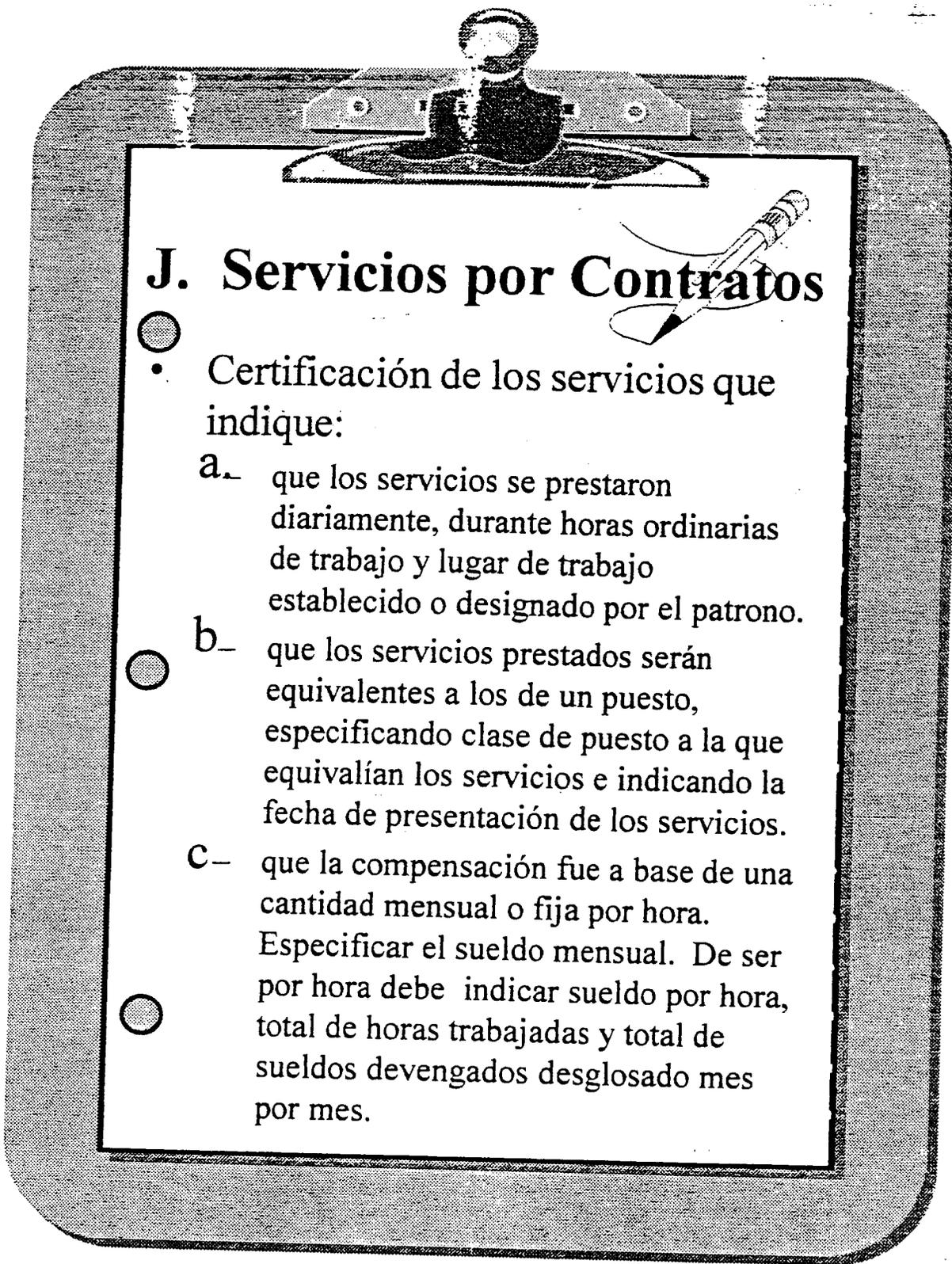
Directora  
Educación Médica  
Hospital de la Capital



CERTIFICADA POR:

Supervisora de Unidad  
Oficina de Personal  
Hospital de la Capital





## J. Servicios por Contratos

- Certificación de los servicios que indique:
  - a- que los servicios se prestaron diariamente, durante horas ordinarias de trabajo y lugar de trabajo establecido o designado por el patrono.
  - b- que los servicios prestados serán equivalentes a los de un puesto, especificando clase de puesto a la que equivalían los servicios e indicando la fecha de presentación de los servicios.
  - c- que la compensación fue a base de una cantidad mensual o fija por hora. Especificar el sueldo mensual. De ser por hora debe indicar sueldo por hora, total de horas trabajadas y total de sueldos devengados desglosado mes por mes.



DEPARTAMENTO DE SALUD

administración de servicios médicos  
de puerto rico CENTRO MEDICO

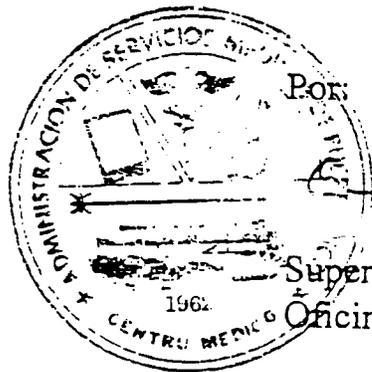
21 de mayo de 1997

CERTIFICACION

CERTIFICO que la \_\_\_\_\_ cuyo número de Seguro Social es \_\_\_\_\_, prestó servicios a esta Administración bajo el contrato CM-72-114 en calidad de Ayudante de Radiología. El período trabajado fue del 1 de marzo de 1972 al 30 de junio de 1972.

Los servicios prestados por la señora \_\_\_\_\_ en dicho contrato era equivalente a los de un puesto de Ayudante de Radiología. Los mismos fueron prestados diariamente durante horas ordinarias de trabajo, con una compensación a base de una cantidad fija por hora durante 37 ½ horas semanales, en el lugar de trabajo establecido por el patrono.

Dada esta certificación para fines de la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura, hoy 21 de mayo de 1997.



Supervisora de Transacciones  
Oficina de Recursos Humanos

CZSF/dme



INSTRUCCIONES:

HOJA DE SERVICIOS

Este formulario se utiliza para recopilar información sobre los servicios prestados al Gobierno por el participante del Sistema de Retiro.

1. Informe los sueldos devengados por el empleado sin descontar las ausencias, castigos, licencias y otros, pero excluyendo toda bonificación o pago por concepto de horas extras trabajadas.
2. En el apartado "Observaciones" indique aquellos períodos de interrupción de servicios, si los hubiera y las causas.
3. Si fuera necesario, utilicen hojas adicionales siguiendo el mismo patrón.
4. Las aportaciones al Sistema deberán cubrir el período total especificado.

|  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
| (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)     |  | Número Seguro Social o Empleado    |  |
| Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico |  | 16 de mayo de 1972                 |  |
| Agencia en que prestó los servicios                |  | Fecha primer descuento para Retiro |  |

| Clasificación del Puesto | Período de Servicios |    |       |    |    |    | Sueldo Mensual | Sueldo por hora | Horas Trabajadas | Total Sueldos Devengados | Aportaciones al Sistema | Observaciones Sueldo Incluye                          |
|--------------------------|----------------------|----|-------|----|----|----|----------------|-----------------|------------------|--------------------------|-------------------------|---|
|                          | Desde                |    | Hasta |    |    |    |                |                 |                  |                          |                         |   |
|                          | D                    | M  | A     | D  | M  | A  |                |                 |                  |                          |                         |   |
| Asistente de Radiología  | 01                   | 03 | 72    | 15 | 05 | 72 | 285.00         |                 |                  | 712.50                   | -                       | Monstramento por contrato                             |
| Técnico de Rayos X I     | 16                   | 05 | 72    | 30 | 06 | 72 | 337.00         |                 |                  | 505.50                   | 17.69                   | constituya un puesto, se incluye fotocopia del mismo. |
|                          | 01                   | 07 | 72    | 15 | 05 | 73 | 367.00         |                 |                  | 3,853.50                 | 134.87                  | 12.00 Compensación                                    |
| Técnico de Rayos X II    | 16                   | 05 | 73    | 30 | 06 | 73 | 400.00         |                 |                  | 600.00                   | 21.00                   | 15.00   |
|                          | 01                   | 07 | 73    | 30 | 06 | 74 | 445.00         |                 |                  | 5,340.00                 | 240.30                  | 15.00   |
|                          | 01                   | 07 | 74    | 10 | 11 | 74 | 495.00         |                 |                  | 2,117.25                 | 95.28                   | 15.00   |
|                          | 11                   | 11 | 74    | 25 | 12 | 74 | 480.00         |                 |                  | 763.94                   | 34.38                   | -0-   |
|                          | 26                   | 12 | 74    | 30 | 06 | 76 | 495.00         |                 |                  | 8,974.81                 | 403.87                  | 15.00   |
|                          | 01                   | 07 | 76    | 15 | 09 | 76 | 555.00         |                 |                  | 1,387.50                 | 62.75                   | 15.00   |
| Técnico de Rayos X III   | 16                   | 09 | 76    | 17 | 02 | 77 | 565.00         |                 |                  | 2,877.20                 | 131.35                  | 20.00   |
|                          | 18                   | 02 | 77    | 30 | 06 | 77 | 545.00         |                 |                  | 2,401.94                 | 108.09                  |   |

K. LICENCIA SIN SUELDO BAJO  
LA LEY NUM.6 DEL 1976  
DISFRUTADA A PARTIR DEL 18  
DE FEBRERO DE 1979:

- Copia del informe de Accidente del Trabajo.
- Certificación del Fondo del Seguro del Estado sobre la fecha en que el empleado es autorizado a trabajar.
- Certificación de la agencia indicando el período de licencias sin sueldo por accidente de trabajo.
- Declaración Jurada del participante indicando que durante el período que estuvo en licencia sin sueldo, no recibió remuneración alguna por servicios prestados.



ID Trabajo  
Adm Sistema de Retiro

CFSE-373 Rev. MARZO/2002



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
CORPORACION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO  
PO BOX 385028 - SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028

**INFORME PATRONAL**  
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION**

|                       |        |                  |     |
|-----------------------|--------|------------------|-----|
| NUMERO DE CASO - CFSE |        | FECHA RADICACION |     |
| AÑO                   | NUMERO | AÑO              | MES |
|                       |        |                  |     |
| COMPENSACION SEMANAL  |        | NUMERO DE POLIZA |     |
| AÑO                   | T      | R                | O   |
|                       |        |                  |     |
| AÑO FACT.             |        | AMP.             |     |
|                       |        |                  |     |
| CLAVE                 |        | GRUPO            |     |
|                       |        |                  |     |
| STAT. PAT.            |        | PROC. POR        |     |
|                       |        |                  |     |

**PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO**

|  |  |                     |           |                           |   |
|--|--|---------------------|-----------|---------------------------|---|
| 1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)   |  | 2. NUMERO DE POLIZA |           | 3. SEGURO SOCIAL PATRONAL |   |
| Adm Sistema de Retiro  |  | AÑO                 | T         | R                         | O |
| DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.   |  | NUMERO              | AÑO FACT. | AMP.                      |   |
|  |  |                     |           |                           |   |
| 4. CLASE DE PATRONO:   |  | 5. CLASE DE NEGOCIO |           |                           |   |
| <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa<br><input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Almacén <input type="checkbox"/> Otros |  |                     |           |                           |   |
| 6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)  |  | 7. TELEFONO         |           |                           |   |
|  |  |                     |           |                           |   |

**PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO**

|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
|---|--|--|-----|--|--|---|--|---|--|
| 8. NUMERO SEGURO SOCIAL   |  | 9. APELLIDO PATERNO  |     | APELLIDO MATERNO   |  | NOMBRE 1  |  | NOMBRE 2  |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 10. DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)  |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 11. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO   |  |  |     |  |  |   |  | CODIGO POSTAL +4  |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 12. SEXO  |  | 13. TELEFONO   |     | 14. ESTADO CIVIL   |  | 15. NUM. DEPENDIENTES   |  | 16. TRABAJA EL CONYUGE  |  |
| <input type="checkbox"/> F<br><input type="checkbox"/> M  |  |  |     | <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO<br><input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO |  |   |  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  |  |
| 17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE  |  | 18. FECHA NACIMIENTO   |     | 19. EDAD   |  | 20. PUEBLO DE NACIMIENTO  |  | 21. GRADO ESCOLARIDAD   |  |
|   |  | AÑO  | MES | DIA  |  |   |  |   |  |
| 22. OCUPACION HABITUAL  |  | 23. MANO HABIL   |     | 24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO   |  | 25. TELEFONO  |  | 26. DIRECCION   |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> DER. <input type="checkbox"/> IZQ.  |     |  |  |   |  |   |  |
| 27. FECHA ACCIDENTE   |  | 28. HORA DEL ACCIDENTE   |     | 29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE   |  | 30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR   |  | 31. PUEBLO DE ACCIDENTE   |  |
| AÑO    MES    DIA   |  |  |     |  |  | AÑO    MES    DIA   |  |   |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 32. ACCIDENTE AUTO  |  | 33. FECHA DE LA MUERTE   |     | 34. PUEBLO LESIONADO ES MENOR DE EDAD  |  | 35. PUEBLO LESIONADO ES MENOR DE EDAD   |  | 36. PREGUNTA  |  |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  |  | DIA    MES    AÑO  |     | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO   |  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  |  |   |  |
| 37. NUMERO DE HORAS O HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA  |  | 38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO  |     | 39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL   |  | 40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION   |  |   |  |
|   |  |  |     |  |  | AÑO    MES    DIA   |  |   |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 41. ¿OCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?  |  | 42. ¿TIENE USTED CONTRATO DE AFIPERCIAR?   |     | 43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIO EL ACCIDENTE  |  | 44. ¿ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  |  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO   |     |  |  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  |  |   |  |
| 45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO  |  | 46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?                                       |     |  |  |   |  |   |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> SI    NUM. <input type="checkbox"/> SI    NUM. <input checked="" type="checkbox"/> NO |     |  |  |   |  |   |  |
| 47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA LESIONADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL. INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION DE ESA PERSONA CON EL PATRONO) |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?  |  |  |     |  |  |   |  | 50. TIEMPO HABIL  |  |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)  |  |  |     |  |  |   |  | <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> SEMANAL<br><input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> MENSUAL |  |
| 51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO  |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
| NOMBRE  |  |  |     | DIRECCION  |  |   |  |   |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 52. ¿HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?   |  |  |     | 53. NUMERO DE RECLAMACION  |  | FECHA DE RECLAMACION  |  | 54. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN CFSE INDIQUE FECHA RADICACION NUMERO DE CASO                                  |  |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  |  |  |     |  |  | AÑO    MES    DIA   |  | AÑO    MES    DIA   |  |
| 55. PUEBLO DONDE LLENO ESTE INFORME   |  |  |     | 56. FECHA DE ESTE INFORME  |  |   |  | 57. NOMBRE DEL PATRONO  |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  | Adm Sistema de Retiro E.L.A.  |  |
| 58. NOMBRE DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO (En letra de molde)  |  |  |     | 59. PUESTO   |  | 60. CERTIFIQUE QUE LA INFORMACION SUBMITIDA ES VERDADERA Y ENTENDO QUE CUALQUIER RECLAMACION FRAUDULENDA CONSTITUIRA DELITO |  |   |  |
|   |  |  |     |  |  |   |  |   |  |

**PARTE C - PARA USO DEL CFSE**

|  |     |     |  |  |  |  |
|--|-----|-----|--|--|--|--|
| 61. FECHA DEL PRIMER EXAMEN  |     |     | 62. IMPRESION, DIAGNOSTICO INICIAL Y CODIGO DE DIAGNOSTICO         |  |  |  |
| AÑO  | MES | DIA |  |  |  |  |
|  |     |     |  |  |  |  |
| 63. HAY RELACION ENTRE LESION Y ACCIDENTE  |     |     | 64. REQUIERE INVESTIGACION   |  | 65. REQUIERE REFERIRSE A ESPECIALISTAS                             |  |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE DETERMINAR |     |     | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  |
| 66. ¿RECIBIO TRATAMIENTO MEDICO ANTES DE VENIR CFSE?   |     |     | 67. AUTORIZO UD. A TRABAJAR AL LESIONADO                           |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO   |     |     | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  |  |  |
| 68. REQUIERE HOSPITALIZACION   |     |     | 69. MANO HABIL   |  | 70. DURACION ESTIMADA DE TRATAMIENTO                               |  |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO   |     |     | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |  | AÑO    MES    DIA  |  |
| 71. LUGAR DISPENSARIO DE TRATAMIENTO   |     |     | 72. NOMBRE DEL MEDICO  |  | 73. FIRMA  |  |
|  |     |     |  |  |  |  |

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
CORPORACION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO

|       |       |
|-------|-------|
| FECHA | _____ |
| DIA   | _____ |
| MES   | _____ |
| AÑO   | _____ |
| FECHA | _____ |
| DIA   | _____ |
| MES   | _____ |
| AÑO   | _____ |

DECISION DEL ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MEDICO

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES

02 SAN JUAN

21-AGO-03

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

LESIONADO PATRONO

ADM. SISTEMA DE ESTIRO

|             |                           |  |                                      |  |
|-------------|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
| CLAVE DISP. | FECHA DE ACC. AÑO MES DIA | <input type="checkbox"/> FONDO DE ANTICIPO | <input type="checkbox"/> SUBROGACION | <input type="checkbox"/> OBRERO MIGRANTE |
|-------------|---------------------------|--|--------------------------------------|--|

REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO DE ALTA. (VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 1RA.                                | CODIGO DE DIAGNOSTICO |
| <b>SFRAIN CERVICAL 88.001 OPR</b>   |                       |
| <b>SFRAIN NUJLO RT 48.001 OPR</b>   |                       |
| <b>SFRAIN TUBILLO RT 58.001 OPR</b> |                       |
| <b>TRAMA NODILLA LT 56.004 GPR</b>  |                       |

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ: **22** DE **AGOSTO** DE **2003**

a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN  DESCANSO  C.T. (MIENTRAS TRABAJA)

b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO \_\_\_\_\_

3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ SE AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN  DESCANSO  C.T. (MIENTRAS TRABAJA).

5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:

a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  CON INCAPACIDAD

b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL, POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.

9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978. HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

OBSERVACIONES:

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en \_\_\_\_\_, Puerto Rico

Firma del Funcionario \_\_\_\_\_ Firma del Lesionado \_\_\_\_\_

CERTIFICO: QUE HE ENVIADO COPIA DE ESTA DECISION AL \_\_\_\_\_ NOTIFICACION **22 DE AGOSTO DE 2003**

LESIONADO  PATRONO A LA DIRECCION ARRIBA INDICADA Y A SU

ABOGADO LIC. DIRECCION EN: \_\_\_\_\_

Fecha de Notificación \_\_\_\_\_

Secretario \_\_\_\_\_

Secretario Auxiliar \_\_\_\_\_

ADVERTENCIA: EL PATRONO DEBERA ACTUAR A TENOR CON LO INDICADO EN ESTE FORMULARIO UNA VEZ LO RECIBA O EL LESIONADO LE PRESENTE COPIA DE ESTA DECISION. E OBRERO O EMPLEADO PODRA REQUERIR DE SU PATRONO LA REINSTALACION EN SU TRABAJO A TENOR CON LO PROVISTO EN EL ARTICULO 5A DE LA LEY DE SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.

LESIONADO: LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO EN EL ARTICULO 10, DISPONE QUE TODA DECISION DEL ADMINISTRADOR PODRA APELARS ANTE LA COMISION INDUSTRIAL DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS DESPUES DE NOTIFICADA. LOS HONORARIOS QUE FIJE LA HON. COMISION INDUSTRIAL SERAN LO UNICOS QUE PODRA PERCIBIR EL ABOGADO DEL APLANTE POR PRESTAR SUS SERVICIOS Y LOS MISMOS SERAN PAGADOS POR EL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO



# L. SERVICIOS PRESTADOS GUARDIA NACIONAL (COMO RESERVISTA O MIEMBRO):

—Evidencia de haber sido llamado a servicio activo en las Fuerzas Armadas durante cualquier período de conflicto armado o en tiempo de paz.

—Copia de la Forma 214 del período que fue activado.



THIS IS AN IMPORTANT RECORD  
SAFEGUARD IT.

|  |  |   |                           |   |   |  |                   |  |  |
|--|--|---|---------------------------|---|---|--|-------------------|--|--|
| LAST NAME - FIRST NAME - MIDDLE NAME   |  | 3. SEX<br>M   | 4. SOCIAL SECURITY NUMBER |   | 6. DATE OF BIRTH  | YEAR   | MONTH             | DAY  |  |
| DEPARTMENT, COMPONENT AND BRANCH OR CLASS<br>ARMY-PA   |  | 8. GRADE, RATE OR RANK<br>SP4   | 9. PAY GRADE<br>E4        |   | 7. DATE OF BIRTH  | YEAR<br>75   | MONTH<br>03       | DAY<br>01  |  |
| 1. SELECTIVE SERVICE NUMBER  |  | 2. SELECTIVE SERVICE LOCAL BOARD NUMBER, CITY, STATE AND ZIP CODE<br>LB No 68 Toa Alta, PR 00758                          |                           |   | 5. HOME OF RECORD AT TIME OF ENTRY INTO ACTIVE SERVICE<br>(Street, RFD, City, State and ZIP Code)<br>Bo Quebrada Arenas<br>Toa Alta, PR 00758 |  |                   |  |  |
| 11. TYPE OF SEPARATION<br>Relief from AD   |  | 10. STATION OR INSTALLATION AT WHICH EFFECTED<br>Ft Buchanan, PR  |                           |   |   |  |                   |  |  |
| 12. COMMUNITY AND REASON<br>( )  |  | 13. EFFECTIVE DATE<br>75  |                           | MONTH<br>07   |   | DAY<br>10  |                   |  |  |
| 14. CHARACTER OF SERVICE<br>HONORABLE  |  | 15. TYPE OF CERTIFICATE ISSUED<br>NA  |                           | 16. REENLISTMENT CODE<br>( )  |   |  |                   |  |  |
| 17. LAST DUTY ASSIGNMENT AND MAJOR COMMAND<br>Fort Meade, MD FC  |  | 18. COMMAND TO WHICH TRANSFERRED<br>USAR Con Gp (Anl Eng)<br>RCPAC 9700 Page Plwd, St Louis, MO 63132                     |                           |   |   |  |                   |  |  |
| 19. TERMINAL DATE OF RESERVE/MS OBLIGATION<br>YEAR MONTH DAY<br>79 07 08   |  | 14. PLACE OF ENTRY INTO CURRENT ACTIVE SERVICE (City, State and ZIP Code)<br>San Juan, PR 00933                           |                           |   | 13. DATE ENTERED ACTIVE DUTY THIS PERIOD<br>YEAR MONTH DAY<br>73 07 09  |  |                   |  |  |
| 20. PRIMARY SPECIALTY NUMBER AND TITLE<br>76Y20-Unit & Org Sup<br>75-03-01<br>(90)   |  | 21. RELATED CIVILIAN OCCUPATION AND D.O.T. NUMBER<br>Armorer<br>632.381   |                           | 15. RECORD OF SERVICE   |   |  | YEARS MONTHS DAYS |  |  |
| 22. SECONDARY SPECIALTY NUMBER AND TITLE   |  | 23. RELATED CIVILIAN OCCUPATION AND D.O.T. NUMBER   |                           | (a) NET ACTIVE SERVICE THIS PERIOD  |   |  | 2                 |  |  |
|  |  |   |                           | (b) PRIOR ACTIVE SERVICE  |   |  | 0                 |  |  |
|  |  |   |                           | (c) TOTAL ACTIVE SERVICE (a + b)  |   |  | 2                 |  |  |
|  |  |   |                           | (d) PRIOR INACTIVE SERVICE  |   |  | 0                 |  |  |
|  |  |   |                           | (e) TOTAL SERVICE FOR PAY (c + d)   |   |  | 2                 |  |  |
|  |  |   |                           | (f) FOREIGN AND/OR SEA SERVICE THIS PERIOD  |   |  | 0                 |  |  |
| 19. INDOCHINA OR KOREA SERVICE SINCE AUGUST 8, 1964<br><input type="checkbox"/> YES <input checked="" type="checkbox"/> NO             |  | 20. HIGHEST EDUCATION LEVEL SUCCESSFULLY COMPLETED (in Years)<br>SECONDARY/HIGH SCHOOL 12 YRS (1-12 grades) COLLEGE 0 YRS |                           |   |   |  |                   |  |  |
| 21. TIME LOST (Preceding Two Yrs)<br>NA  |  | 22. DAYS ACCRUED LEAVE PAID<br>11   |                           | 23. SERVICEMEN'S GROUP LIFE INSURANCE COVERAGE<br><input type="checkbox"/> \$15,000 <input type="checkbox"/> \$5,000<br><input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> NONE<br>AMOUNT INA |   | 24. DISABILITY SEVERANCE PAY<br><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES |                   | 25. PERSONNEL SECURITY INVESTIGATION<br>TYPE DATE COMPLETED<br>NA NA |  |
| 26. DECORATIONS, MEDALS, BADGES, COMMENDATIONS, CITATIONS AND CAMPAIGN RIBBONS AWARDED OR AUTHORIZED<br>National Defense Service Medal |  |   |                           |   |   |  |                   |  |  |
| 27. REMARKS<br>2 days retained in Service for the convenience of the Government  |  |   |                           |   |   |  |                   |  |  |
| 28. MAILING ADDRESS AFTER SEPARATION (Street, RFD, City, County, State and ZIP Code)<br>P.O. Box<br>Toa Alta, PR 00758                 |  |   |                           | 29. SIGNATURE OF PERSON BEING SEPARATED   |   |  |                   |  |  |
| 30. TYPED NAME, GRADE AND TITLE OF AUTHORIZING OFFICER<br>E. WASHINGTON, JR. 2LT, AGC<br>OIC US Army Trf Activity                      |  |   |                           | 31. SIGNATURE OF OFFICER AUTHORIZED TO SIGN   |   |  |                   |  |  |

DD FORM 1 NOV 72 214

PREVIOUS EDITIONS OF THIS FORM ARE OBSOLETE.

THIS IS AN IMPORTANT RECORD SAFEGUARD IT.

REPORT OF SEPARATION FROM ACTIVE DUTY

**M. LICENCIA SIN SUELDO  
BAJO LA LEY 5 DEL 8 DE  
SEPTIEMBRE DE 1980**

- Certificación que indique la fecha en que se acogió a licencia sin sueldo para ocupar un cargo dentro de la unión obrera gubernamental y la fecha de reinstalación en el servicio de la agencia para la cual trabaja.
- Certificación de servicios prestados en la dirección de la unión obrera gubernamental indicando su cargo en la directiva de la unión , sueldo mensual devengado y fechas exactas.
- Certificación del sueldo devengado a la fecha de la aprobación de la licencia sin sueldo y el sueldo devengado a la fecha de la reinstalación en el servicio.



## CERTIFICACION

Por la presente certifico que el señor [redacted] se desempeñó como Presidente de la Hermandad Unión de Empleados de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado durante el período de tiempo 29 de mayo de 1984 al 31 de octubre de 1995.

A tenor con el artículo 14, Concesión de Licencia para Oficiales de la Hermandad, vigente en ese período de tiempo, el Fondo le concedió licencia sin sueldo por la duración del derecho de representación que poseía la Unión o la duración o vigencia del Convenio Colectivo. En dicha posición se requería sus servicios a tarea completa para la representación de la referida organización obrera.

De acuerdo a las disposiciones del Convenio vigente para ese entonces, el señor [redacted] al cesar en su empleo, tenía que ser reinstalado a su plaza o a una de sueldo básico igual con el salario que estuviera asignado a la misma a la fecha de su reinstalación.

Conforme a la información que se encuentra en nuestros récords, la licencia Sindical estuvo vigente por los períodos comprendidos entre:

29 de mayo 1984 al 30 de junio de 1985  
1 de junio de 1985 al 30 de junio de 1986  
1 de julio de 1986 al 30 de junio de 1987  
1 de julio de 1987 al 30 de junio de 1988  
1 de julio de 1988 al 30 de junio de 1989  
1 de julio de 1989 al 30 de junio de 1990  
1 de julio de 1990 al 30 de junio de 1991  
1 de julio de 1991 al 30 de junio de 1992  
1 de julio de 1992 al 30 de junio de 1993  
1 de julio de 1993 al 30 de junio de 1994  
1 de julio de 1994 al 30 de junio de 1995  
1 de julio de 1995 al 31 de octubre 1995.

Y para que así conste se expide esta certificación en Río Piedras, PR a los siete días del mes de febrero de 1997.

Certifico Correcto,

Administradora Auxiliar  
de Recursos Humanos





**UNION DE EMPLEADOS DE LA CORPORACION  
DEL FONDO SEGURO DEL ESTADO, INC.**  
CALLE ENCINA ESQ. ESTONIA #1550, CAPARRA HEIGHTS, PR. 00920 / TELS. 792-8686, 792-8647

Al contestar favor referirse a:

2 de octubre de 1996

**CERTIFICACION**

Certifico que el SR. \_\_\_\_\_, empleado de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y Presidente de la Unión de Empleados del Fondo del Seguro del Estado, devengo los sueldos que a continuación se mencionan durante el período de Julio de 1985 a noviembre de 1995:

| MES Y AÑO           | CANTIDAD              |
|---------------------|-----------------------|
| Julio-84 a Junio 85 | \$1,400.00 - 1,400.00 |
| Julio-85 a Junio 86 | 1,400.00 - 1,460.00   |
| Julio-86 a Junio 87 | 1,460.00 - 1,460.00   |
| Julio 87 a Junio 88 | 1,460.00 - 1,460.00   |
| Julio 88 a Junio 89 | 1,460.00 - 1,485.00   |
| Julio 89 a Junio 90 | 1,570.00 - 1,570.00   |
| Julio 90 a Junio 91 | 1,650.00 - 1,735.00   |
| Julio 91 a Junio 92 | 1,760.00 - 1,882.66   |
| Julio 92 a Junio 93 | 1,882.66 - 1,882.66   |
| Julio 93 a Junio 94 | 1,972.66 - 1,972.66   |
| Julio 94 a Nov. 95  | 2,082.66 - 2,172.66   |

Para que así conste suscribo la presente con el Sello Oficial de la Unión.

Tesorera

| CLASIFICACION DEL PUESTO | PERIODO DE SERVICIO |       |     |      |     |     | SUELDO MENSUAL | CANTIDAD DEL DIFERENCIAL              | SUELDO POR HORA | HORAS TRABAJADAS | TOTAL SUERDOS DEVENGADOS | APORTACIONES AL SISTEMA |
|--------------------------|---------------------|-------|-----|------|-----|-----|----------------|---------------------------------------|-----------------|------------------|--------------------------|-------------------------|
|                          | DESDE               | HASTA |     |      |     |     |                |                                       |                 |                  |                          |                         |
|                          | DIA                 | MES   | AÑO | DIA  | MES | AÑO |                |                                       |                 |                  |                          |                         |
| JIC. COMP. SEG. III      | 01                  | 07    | 76  | 30   | 06  | 77  | 940.00         | AUMENTO                               |                 |                  | 11,280.00                | 624.60                  |
| "                        | 01                  | 07    | 77  | 30   | 06  | 78  | 995.00         | "                                     |                 |                  | 11,940.00                | 670.80                  |
| "                        | 01                  | 07    | 78  | 30   | 06  | 79  | 1,045.00       | "                                     |                 |                  | 12,540.00                | 712.80                  |
| "                        | 01                  | 07    | 79  | 30   | 06  | 80  | 1,105.00       | "                                     |                 |                  | 13,260.00                | 763.20                  |
| "                        | 01                  | 07    | 80  | 30   | 06  | 81  | 1,155.00       | "                                     |                 |                  | 13,860.00                | 805.20                  |
| "                        | 01                  | 07    | 81  | 15am | 03  | 83  | 1,200.00       | "                                     |                 |                  | 24,600.00                | 1,447.00                |
| "                        | 15pm                | 03    | 83  | 07   | 04  | 83  | -----          | SUSPENSION EMPLEO Y SUELDO 0P-1986    |                 |                  | -----                    | -----                   |
| "                        | 08                  | 04    | 83  | 15   | 05  | 84  | 1,200.00       | REINSTALACION                         |                 |                  | 15,900.65                | 920.55                  |
| "                        | 16                  | 05    | 84  | 31   | 10  | 95  | -----          | LICENCIA SIN SUELDO SINDICAL          |                 |                  | -----                    | -----                   |
| JIC. COMP. SEG. III      | 01                  | 11    | 95  | 31   | 05  | 96  | 2,570.00       | REINSTALACION + AUMENTO + REV. ESCALA |                 |                  | 17,990.00                | 1,392.43                |

EMPLEADO ACTIVO. CALCULO ESTIMADO AL 31 DE MAYO DE 1996.  
 SERA VALIDA SIN EL SELLO OFICIAL DE LA CORPORACION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO

CERTIFICACION

Certifico que la informacion es correcta.

ma del Jefe de Personal o su Representante Autorizado

Fecha: 22 DE JULIO DE 1996

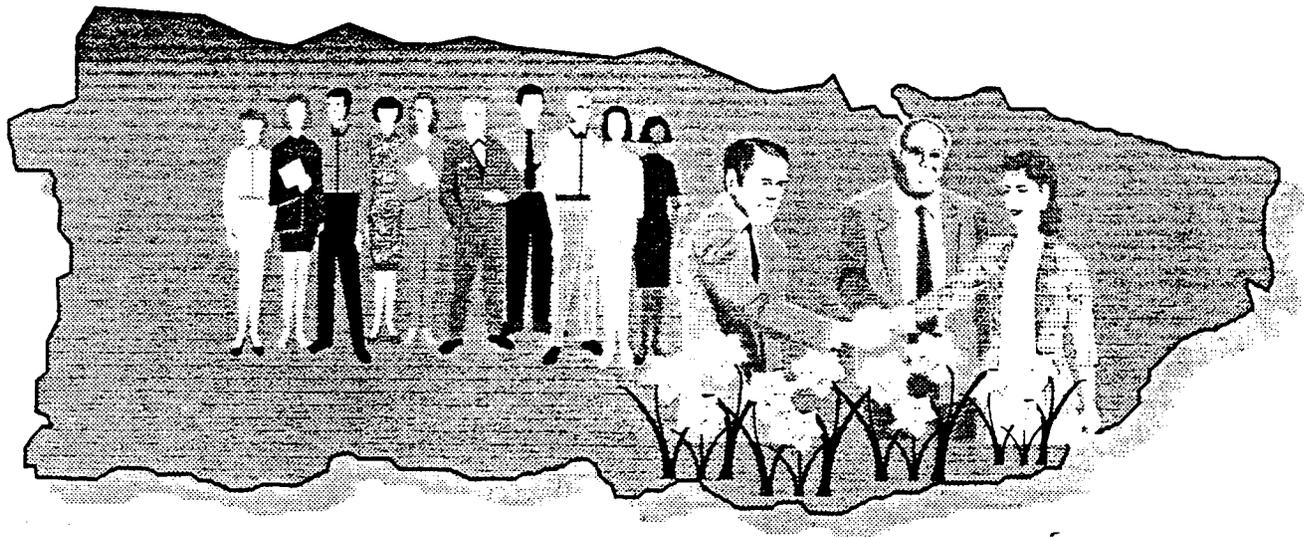
INSTRUCCIONES

Este formulario se utiliza para recopilar informacion sobre los servicios prestados al gobierno por los participantes Sistema de Retiro.

1. Complete este formulario en todas sus partes. (Si aplican)
2. Informe los sueldos devengados por el empleado sin descontar las ausencias, castigos, licencias y otros.
3. Utilice el espacio como "DIFERENCIAL" para indicar toda bonificacion o pago por concepto de diferencias en sueldos.
4. En el Apartado "OBSERVACIONES" indique aquellos periodos de interrupcion de servicios, si los hubiera y las causas.
5. Las aportaciones al Sistema deberan cubrir el periodo total especificado.
6. Indique los simbolos de contabilidad en su totalidad.
7. Si fuera necesario, utilice hojas adicionales siguiendo el mismo patron.

# N. SERVICIOS PRESTADOS A UN PARTIDO POLITICO

- Certificación que indique el período trabajado, los sueldos devengados y la procedencia de los fondos.
- Certificación del sueldo mensual devengado a la fecha de la aprobación de la licencia sin sueldo para prestar servicios al partido y el sueldo devengado a la fecha de reinstalación a la agencia gubernamental.



---

# Ñ. SERVICIOS PRESTADOS COMO ALCALDE

---

- Certificación de la Asamblea Municipal o de la oficina de personal del municipio que indique el periodo de prestación de servicios y el sueldo mensual devengado.
- Si es alcalde al momento de solicitar la acreditación debe someter una certificación negativa expedida por el Departamento de Justicia o por la comisión para ventilar querellas municipales.



## O. SERVICIOS PRESTADOS COMO LEGISLADOR

- Certificado de elección o nombramiento emitido por la comisión Estatal de Elecciones.
- Certificación del cuerpo legislativo al que sirvió que indique el período de servicio y el sueldo mensual devengado.

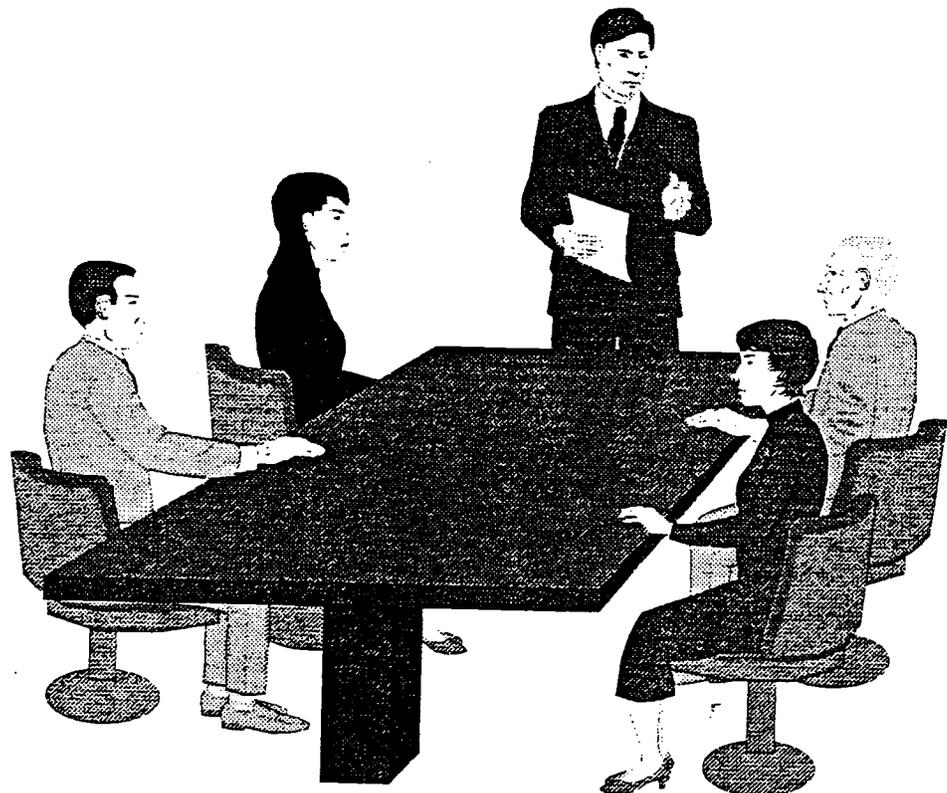


P. PERIODOS DE TIEMPO FUERA DE  
SERVICIOS POR CESANTIA Y  
POSTERIORMENTE REINSTALADO  
POR UN TRIBUNAL O FORO  
ADMINISTRATIVO

- Copia de la resolución o sentencia final y firme, ordenando la reinstalación y el pago de los sueldos.
- Certificación de la agencia que indique la fecha de reinstalación, el sueldo mensual que debió devengar durante el período de cesantía, los sueldos pagados y los períodos que cubre y descuento para retiro si hubo.
- Si trabajó para algún patrono gubernamental deberá someter hoja de servicio.

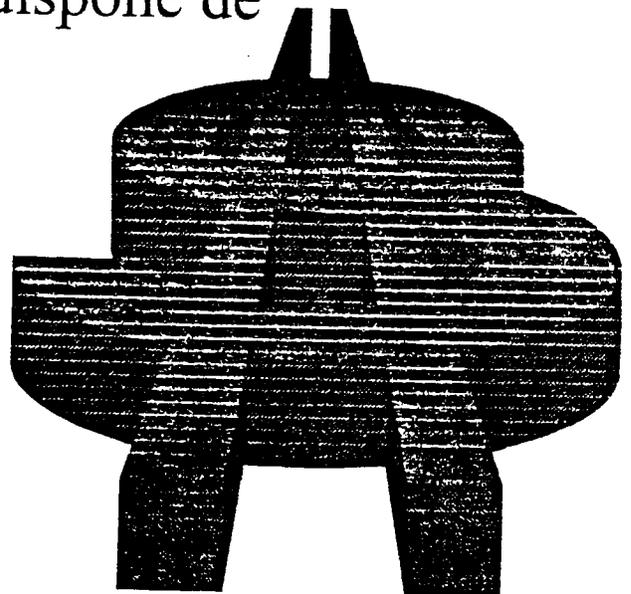
## Q. SERVICIOS PRESTADOS COMO ASAMBLEISTA

- Certificado de elección emitido por la Comisión Estatal de Elecciones o certificado de nombramiento efectuado por el alcalde o la asamblea si fue nombrado para cubrir una vacante.
- Certificación de la asamblea municipal donde prestó servicios que indique el período.



# R. REEMBOLSO DE APORTACIONES

- Expediente inactivo correspondiente al período reembolsado.
- Evidencia del reembolso efectuado (si dispone de ella).

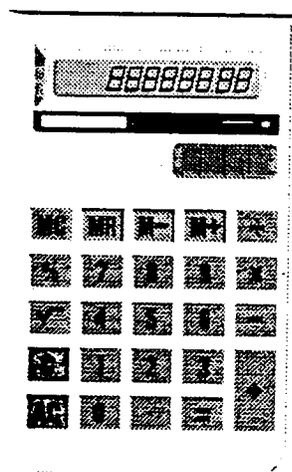




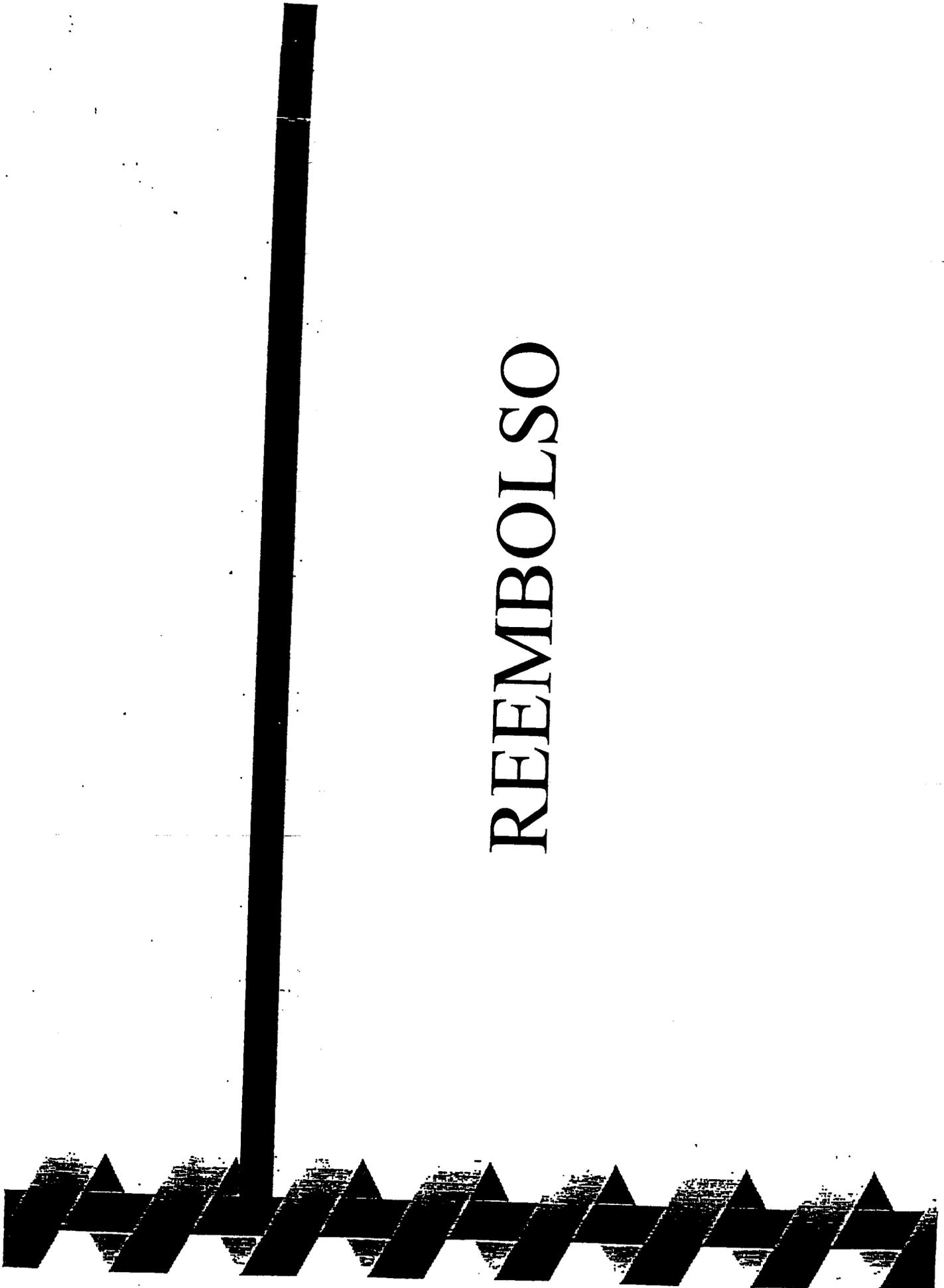
# S. PLAN COMPLETA SUPLEMENTACION



—Hoja de servicios emitida por la agencia donde prestó los servicios que especifique período trabajado, sueldo mensual, total de sueldos devengados y aportaciones al sistema desglosada por año fiscal.

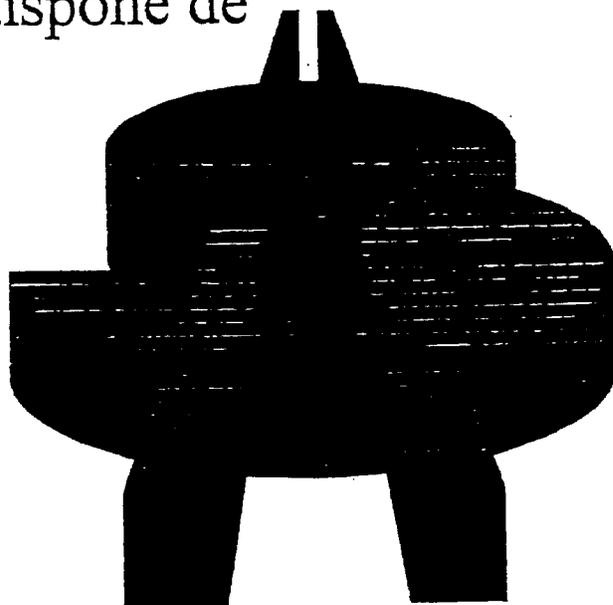


REEMBOLSO



# R. REEMBOLSO DE APORTACIONES

- Expediente inactivo correspondiente al período reembolsado.
- Evidencia del reembolso efectuado (si dispone de ella).





**Gobierno de Puerto Rico**  
**ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO**  
**DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA**  
PO Box 42003 San Juan PR 00940-2203

## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA REEMBOLSO DE APORTACIONES (020)

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial

URB / P O BOX \_\_\_\_\_  
 CONDOMINIO \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_

PUEBLO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DEL ÚLTIMO DÍA DE PAGO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

TELÉFONO DE LA OFICINA \_\_\_\_\_

FECHA DE RADICACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

PLAN ACOGIDO  COORDINADO  COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

- NOTA**
- El coordinador deberá llenar la columna número 1 realizando una marca de cotejo y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro.
  - El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 realizando una marca de cotejo según aplique.

| REQUISITOS  | 1          | 2        | 3         | 4         |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
|   | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Solicitud de Reembolso de Aportaciones ASR-PA-017 (Rev.Dic.09)  |            |          |           |           |
| Certificación o negativa de deuda de la Asociación de Empleados   |            |          |           |           |
| Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) con aportaciones, actualizada y abajada por la Oficina de Nómina                             |            |          |           |           |
| Certificación de Interrupciones en el Servicio ASR-PA-005 (Rev.Dic.09)  |            |          |           |           |
| Informe de Cambio de la Agencia   |            |          |           |           |
| Declaración Jurada (de tener diez años o más de servicios cotizados o Resolución Final de la C.F.S.E. (de haber radicado algún caso). |            |          |           |           |
| Expediente para Asuntos de Retiro, en original  |            |          |           |           |

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de la Agencia

Firma del Coordinador de la Agencia

Fecha pre-cotejo de solicitud (Día / Mes / Año)

**Para ser Completado por la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR)**

SOLICITUD COMPLETADA  SÍ  NO

Nombre del Orientador de los Sistemas de Retiro

Firma del Orientador de los Sistemas de Retiro

Fecha de cotejo de solicitud (Día / Mes / Año)

## **INSTRUCCIONES GENERALES**

### **HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA REEMBOLSO DE APORTACIONES**

1. La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada. Es de suma importancia que la dirección sea legible.
2. Necesitarán someter una Declaración Jurada aquellos participantes que solicitan el reembolso de sus aportaciones y estén bajo tratamiento en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado por razón de un accidente o enfermedad relacionada con el trabajo o tengan acreditados diez (10) o más años de servicio y no hayan cumplido la edad requerida para recibir pensión. La Declaración Jurada deberá estar suscrita ante un notario público y en la misma el participante hará constar que:
  - a. Renuncia a su derecho de recibir una pensión.
  - b. Que tal renuncia es en forma clara, libre, voluntaria e inteligente.
  - c. Que tiene pleno conocimiento de las consecuencias que conlleva el reembolso.
  - d. Que entiende que con el reembolso de sus aportaciones, pierde el derecho a solicitar cualquier tipo de pensión del Sistema de Retiro.
  - e. Que no tiene padecimiento o enfermedad mental de clase alguna ni está sujeto o pendiente a procedimientos judiciales o administrativos de clase alguna para declararlo incapacitado o imponerle tutela.
3. La certificación de la Asociación de Empleados debe ser en original. No se aceptarán certificaciones en manuscrito.
4. Es de suma importancia que la información referente al último día de pago coincida en el Informe de Cambio o de Separación de la Agencia y en la Hoja de Servicio ASR-Pa-004 (Rev.Dic.09).
5. El expediente a radicar es el de Asuntos de Retiro en original. Solamente se aceptarán expedientes sustitutos en aquellos casos extremos, cuando se hayan agotado todos los recursos para localizar el expediente de Asuntos de Retiro, sin éxito. En tal situación, se requiere que cada documento del expediente sea certificado y se acompañe de una comunicación explicativa en detalle de las gestiones realizadas para localizar el expediente original.
6. En casos de participantes que tengan cotizados diez (10) o más años de servicio y tengan la edad requerida para recibir pensión (58 años si comenzaron a cotizar antes del 1ro de abril de 1990 ó 65 años si ingresaron a este Sistema de Retiro a partir del 1ro de abril de 1990) no corresponde que soliciten el reembolso de las aportaciones, sino beneficios de pensión.



**SOLICITUD DE REEMBOLSO DE APORTACIONES**

| SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE  |   |   |                                |
|--|---|---|--------------------------------|
| Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial  |   | Seguro Social   | Nacimiento (Día-Mes-Año)       |
| Dirección Postal:  |   | Dirección Residencial: <input type="checkbox"/> Igual a la Postal       |                                |
| Urbanización, Condominio o Barrio  |   | Urbanización, Condominio o Barrio                                       |                                |
| P O Box, Num. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato  |   | Num. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera, Kilómetro y Hectómetro |                                |
| Pueblo, País y Código Postal   |   | Pueblo, País y Código Postal  |                                |
| Sexo:<br><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino  | Estado Civil:<br><input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Soltero (a) |   | Nombre del Cónyuge             |
| Plan Acogido:<br><input type="checkbox"/> Coordinado <input type="checkbox"/> Completa Suplementación  | Primer Descuento (Día-Mes-Año)  |   | Último Descuento (Día-Mes-Año) |
| Información de Empleo:<br><i>Comenzando con el último empleo, incluya todos los períodos servidos al Gobierno de Puerto Rico, sus Instrumentalidades y Municipios.</i> |   |   |                                |
| Nombre de la Agencia   | Ingreso (Día-Mes-Año)   | Renuncia (Día-Mes-Año)  |                                |
|  |   |   |                                |
|  |   |   |                                |
|  |   |   |                                |
|  |   |   |                                |
| SECCIÓN II. DETALLE DE PRESTAMOS VIGENTES CON EL SISTEMA   |   |   |                                |
| Participante   |   | Cónyuge   |                                |
| Hipotecario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | Número _____  | Hipotecario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No     | Número _____                   |
| Personal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | Número _____  | Personal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No        | Número _____                   |
| Viaje Cultural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | Número _____  | Viaje Cultural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | Número _____                   |
| SECCIÓN III. OTROS SISTEMAS DE RETIRO EN LOS QUE HA COTIZADO   |   |   |                                |
| Indique en cual ha cotizado y si transfirió aportaciones de alguno de estos sistemas al nuestro.   |   |   |                                |
| <input type="radio"/> Fondo de Anualidades y Pensiones para Maestros   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             | Fecha   | _____                          |
|  |   |   | Día-Mes-Año                    |
| <input type="radio"/> Sistema de Retiro de la Autoridad de Energía Eléctrica   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             | Fecha   | _____                          |
|  |   |   | Día-Mes-Año                    |
| <input type="radio"/> Sistema de Retiro de la Universidad de Puerto Rico   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             | Fecha   | _____                          |
|  |   |   | Día-Mes-Año                    |
| SECCIÓN IV. INFORMACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DE ESTADO   |   |   |                                |
| 1. Al momento de su renuncia, tenía una reclamación pendiente para recibir beneficios por Compensación Ocupacional.  |   |   |                                |
| <input type="radio"/> No   | Reclamación (Día-Mes-Año) _____   | Decisión Final (Día-Mes-Año)  | _____                          |
| <input type="radio"/> Sí   | (De contestar afirmativo, debe incluir la decisión final).                          |   |                                |
| SECCIÓN V. CERTIFICACIÓN   |   |   |                                |
| CERTIFICO que la información provista aquí es cierta y que me consta que ofrecer información falsa conlleva la aplicación de penalidades establecida por Ley.          |   |   |                                |
| Firma del Solicitante _____  |   | Fecha (Día-Mes-Año) _____   |                                |

Favor de verificar los documentos necesarios para radicar la solicitud al dorso del papel.

Conservación: Igual al expediente cual forma parte.

**45.5 DECLARACION JURADA PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO DE APORTACIONES**

La declaración jurada deberá estar suscrita ante un notario público y en la misma el participante hará constar:

- a. su renuncia a su derecho a recibir una pensión
- b. que tal renuncia es en forma clara libre, voluntaria e inteligente
- c. que tiene pleno conocimiento de las consecuencias que conlleva el reembolso de las aportaciones
- d. que entiende que con el reembolso, pierde todos los derechos adquiridos como participante del Sistema
- e. que no tiene padecimiento o enfermedad mental de clase alguna ni está sujeto o pendiente a procedimientos judiciales o administrativos de clase alguna para declararlo incapacitado o imponerle tutela.



REEMBOLSO POR  
DESCUENTOS  
INDEBIDOS



## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA REEMBOLSO POR CONCEPTO DE DESCUENTOS INDEBIDOS

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 026 PAGO EXCESO SNC               | <input type="checkbox"/> 030 PAGO GLOBAL VACACIONES                     |
| <input type="checkbox"/> 027 PAGO EXCESO INTERESES         | <input type="checkbox"/> 031 NOM. TRANSITORIO, PROVISIONAL O EMERGENCIA |
| <input type="checkbox"/> 028 PLAN COMPLETA SUPLEMENTACIÓN  | <input type="checkbox"/> 032 BENEFICIOS MARGINALES                      |
| <input type="checkbox"/> 029 EXCESO APORTACIONES REGULARES | <input type="checkbox"/> 033 EXCESO TRANSFERENCIA                       |
|  | <input type="checkbox"/> 034 DIFERENCIALES                              |

NOMBRE DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
Nombre, Apellidos Paterno y Materno

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

URB / PO BOX CONDOMINIO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

CALLE \_\_\_\_\_

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

PUEBLO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA AGENCIA \_\_\_\_\_

FECHA DE RADICACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

TELÉFONO DE LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

PLAN ACOGIDO:  COORDINADO  COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

- NOTA:**
- El coordinador deberá llenar la columna número 1 realizando una marca de cotejo y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro.
  - El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 realizando una marca de cotejo, según aplique.

| REQUISITOS GENERALES   | 1<br>PRE-COTEJO | 2<br>RECIBIDO | 3<br>SOLICITAR | 4<br>NO<br>NO APLICA |
|--|-----------------|---------------|----------------|----------------------|
| Solicitud de Reembolso de Aportaciones por Descuentos Indebidos ASR-PA-020 (Rev.Dic.09)  |                 |               |                |                      |
| Certificación de la Agencia que incluya periodos de servicio, sueldo, descuentos por nómina, número de la nómina y fecha de pago |                 |               |                |                      |
| Expediente para Asuntos de Retiro en original  |                 |               |                |                      |



**HOJA DE COTEJO**  
**REQUISITOS PARA REEMBOLSO POR CONCEPTO DE DESCUENTOS INDEBIDOS**  
**INSTRUCCIONES GENERALES**

La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada. Es de suma importancia que la dirección esté completa y sea legible.

La certificación de la agencia debe indicar el descuento de la aportación mensual del participante y además, cualquier otro descuento adicional por concepto de pago de servicios no cotizados.

Debe someter el expediente de Asuntos de Retiro en original. Solamente se aceptarán expedientes sustitutos en casos extremos, cuando se hayan agotado todos los recursos para localizar el expediente de Asuntos de Retiro sin éxito. En tal situación, se requiere que cada documento del expediente sea certificado y se acompañe una comunicación explicativa en detalle de las gestiones realizadas para localizar el expediente original.

**026 PAGO EN EXCESO POR SERVICIOS NO COTIZADOS**

**027 PAGO DE INTERESES EN EXCESO POR COMPLETA SUPLEMENTACIÓN O REEMBOLSOS**

- ★ Usted debe solicitar el Costo de Servicio no Cotizado y se requiere que la Relación de Costos por Servicios No Cotizados tenga ambos lados, de modo que conste el plan de pago establecido al dorso del documento.
- ★ En caso de pago directo es necesaria copia del recibo de pago oficial.

**028 DESCUENTO AL PLAN DE COMPLETA SUPLEMENTACIÓN SIN ESTAR ACOGIDO**

**029 DESCUENTO EN EXCESO DE APORTACIÓN REGULAR**

- ★ Para procesar esta reclamación es requisito que el descuento se haya corregido.

**030 DESCUENTO POR PAGO GLOBAL DE VACACIONES**

- ★ Se requiere copia certificada de la nómina especial del pago global de vacaciones o en su lugar Comprobante de Nómina Especial (SC 80.2)
- ★ Es indispensable que en el expediente conste el Informe de Cambio de la Agencia indicando la separación del servicio.

**031 DESCUENTO POR NOMBRAMIENTO TRANSITORIO, PROVISIONAL, DE EMERGENCIA, POR JORNAL, ETC.**

- ★ En casos de participantes que hayan tenido cambio en el tipo de nombramiento, de regular a transitorio o viceversa, se requiere que en el expediente conste el Informe de Cambio de la Agencia evidenciando la transacción.

**034 DIFERENCIALES AUTORIZADOS**

- ★ Para tramitar esta reclamación es indispensable que en la certificación u Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) conste toda la información establecida en los requisitos.

Nota: Para los casos de la Autoridad de los Puertos, se requiere además la Hoja de Contabilidad.



## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE APORTACIONES POR DESCUENTOS INDEBIDOS

### SECCION I. INFORMACION DEL PARTICIPANTE

|   |  |  |   |   |  |                      |  |  |
|---|--|--|---|---|--|----------------------|--|--|
| Apellido Paterno  |  |  | Apellido Materno  |   |  | Nombre               |  |  |
| Seguro Social   |  |  | Nacimiento (Día-Mes-Año)  |   |  | Teléfono Residencial |  |  |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Soltero |  |  | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino |   |  |                      |  |  |
| Dirección Postal:   |  |  |   | Dirección Residencial:                                      |  |                      |  |  |
| Urbanización, Condominio o Barrio   |  |  |   | Urbanización, Condominio o Barrio                           |  |                      |  |  |
| P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato         |  |  |   | Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera y Kilómetro |  |                      |  |  |
| Pueblo, País y Código Postal  |  |  |   | Pueblo, País y Código Postal                                |  |                      |  |  |

### SECCION II. INFORMACION DE LA AGENCIA

|   |  |                                |  |
|---|--|--------------------------------|--|
| Agencia Donde Presta Servicios  |  | Primer Descuento (Día-Mes-Año) |  |
| Plan Acogido: <input type="checkbox"/> Coordinado<br><input type="checkbox"/> Completa Suplementación |  | Teléfono de la Oficina         |  |

### SECCION III. INFORMACION SOBRE PRESTAMOS CON ESTA AGENCIA

Indique si tiene usted préstamo vigente con este Sistema de Retiro:  Sí  No

Favor indicar el tipo de préstamo y el número del mismo:

Personal Núm. \_\_\_\_\_  Hipotecario Núm. \_\_\_\_\_  Viaje Cultural Núm. \_\_\_\_\_

### SECCION IV. CONCEPTO DEL DESCUENTO

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pago en exceso por Servicios No Cotizados                | <input type="checkbox"/> Pago de intereses en exceso por completa suplementación o reembolso                  |
| <input type="checkbox"/> Descuentos por pago global de vacaciones                 | <input type="checkbox"/> Descuento por nombramiento transitorio, provisional, de emergencia, por jornal, etc. |
| <input type="checkbox"/> Descuento por Beneficios Marginales ( Dietas, Uniformes) | <input type="checkbox"/> Exceso de aportaciones transferidas de otros Sistemas                                |
| <input type="checkbox"/> Descuento Plan Completa Suplementación sin estar acogido |   |
| <input type="checkbox"/> Descuento en exceso de aportación regular                |   |
| <input type="checkbox"/> Diferenciales autorizados                                |   |

|                        |  |                     |  |
|------------------------|--|---------------------|--|
| Firma del Participante |  | Fecha (Día-Mes-Año) |  |
|------------------------|--|---------------------|--|

Al momento de radicar la solicitud, deberá incluir todos los documentos requeridos para el proceso de la misma. Al dorso se indican los documentos necesarios para la radicación de la solicitud.

**DOCUMENTOS A RADICAR CON TODA SOLICITUD**

- 1 Solicitud Reembolso de Aportaciones por descuentos indebidos (ASR-PA-020)
- 2 Expediente para Asuntos de Retiro (Original)

**DOCUMENTOS ADICIONALES A RADICAR DE ACUERDO AL CONCEPTO DE LA SOLICITUD****PAGO EN EXCESO POR SERVICIOS NO COTIZADOS**

- 1 Evidencia de pago de Servicios No Cotizados
  - a. Certificación descuentos pagos por nóminas o Copia oficial de pago
- 2 Copia de la Relación de Costo de Servicios No Cotizados informado por este Sistema.

**DESCUENTO EN EXCESO DE APORTACIÓN REGULAR**

- 1 Certificación de Sueldos Devengados para Retiro desglosado por año fiscal y fecha en que se corrigió el descuento.
- 2 Copia de la Declaración Individual (ASR-80) o Certificación Plan Acogido.

**DESCUENTO POR PAGO GLOBAL VACACIONES**

- 1 Copia Certificada de la Nómina Especial del pago global de vacaciones.

**DIFERENCIALES AUTORIZADOS**

- 1 Hoja de Servicios con sueldos devengados, descuentos para Retiro y cantidad diferencial.
- 2 Certificación de la Agencia que indique fecha de comienzo y terminación del diferencial y si tiene visos de permanencia.

**DESCUENTO POR BENEFICIOS MARGINALES (DIETAS, UNIFORMES)**

- 1 Certificación de la Agencia indicando sueldos devengados, descuentos para Retiro, número de nómina y cantidad de pago.

**DESCUENTO POR NOMBRAMIENTO TRANSITORIO, PROVISIONAL, DE EMERGENCIA, POR JORNAL ETC.**

- 1 Copia certificada del nombramiento
- 2 Hoja de Servicio ( ASR-08-38) de sueldos devengados y descuentos para Retiro.

**DESCUENTO PLAN COMPLETA SUPLEMENTACIÓN SIN ESTAR ACOGIDO**

- 1 Certificación de la Agencia indicando descuentos efectuados desglosados por año fiscal y fecha en que se corrigió el descuento.
- 2 Copia de la Declaración Individual ( ASR-80 ) o Certificación del Plan Acogido.

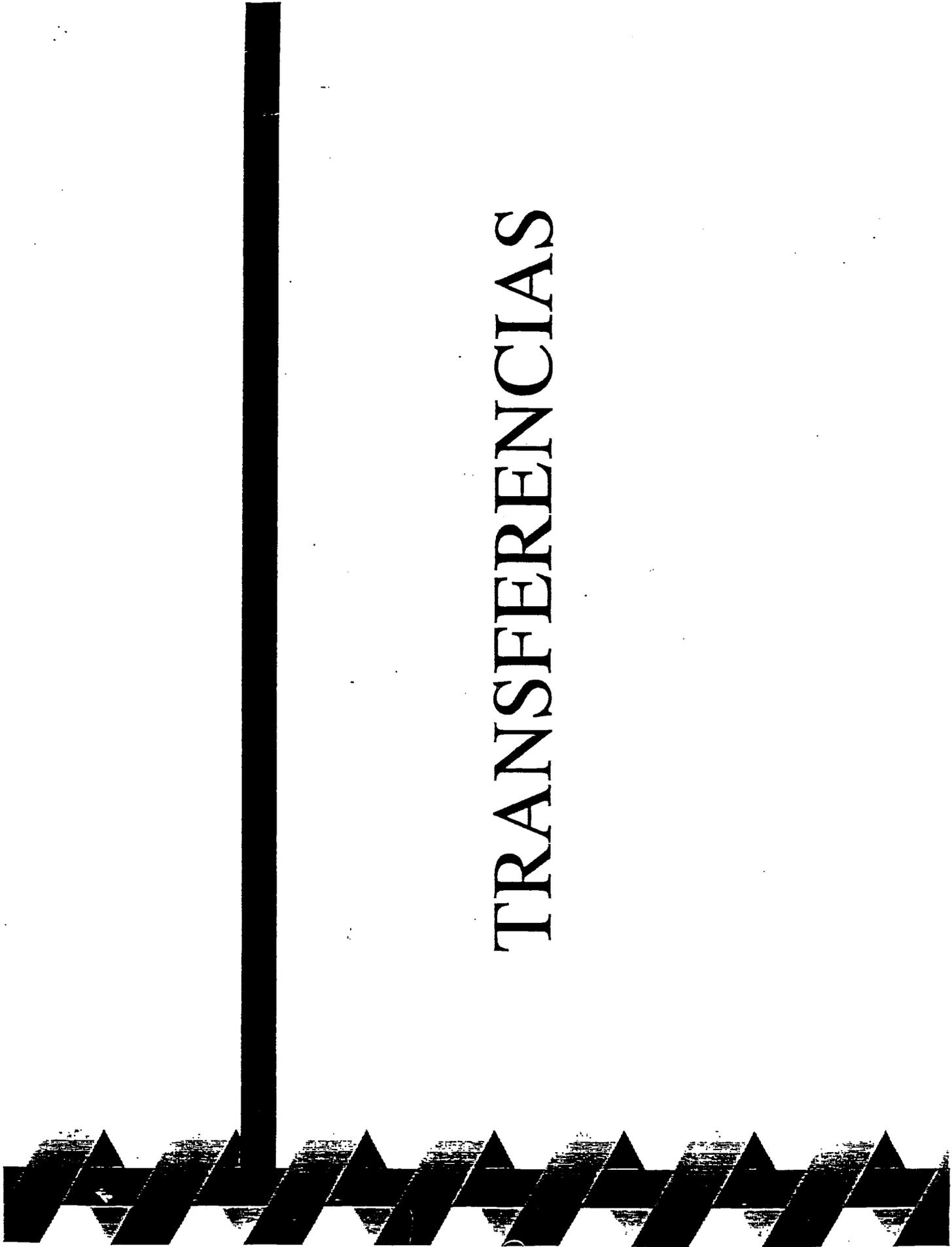
**PAGO DE INTERESES EN EXCESO POR COMPLETA SUPLEMENTACIÓN O REEMBOLSO**

- 1 Evidencia de pago de Servicios No Cotizados
  - a. Certificación Descuentos pagos por nóminas o Copia recibo oficial de pago
- 2 Copia de la relación de costo de Servicios No Cotizados informado por este Sistema.

**EXCESO DE APORTACIONES TRANSFERIDAS DE OTROS SISTEMAS DE RETIRO**

- 1 Copia de la transferencia de aportaciones.
- 2 Copia de la Declaración Individual o Certificación del Plan Acogido, indicando la fecha en que se acogió a dicho plan.

# TRANSFERENCIAS





## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA TRANSFERENCIA DE APORTACIONES (025)

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
Nombre Apellidos Paterno Materno

RB / PO BOX CONDOMINIO \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_

PUEBLO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA OFICINA \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DE RADICACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA ÚLTIMO DÍA DE PAGO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

SISTEMA DE RETIRO A TRANSFERIR \_\_\_\_\_

PLAN ACOGIDO:  COORDINADO  COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

NOTA 1. El coordinador deberá llenar la columna número 1 ( X ) y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro.

2. El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 ( X ), según aplique.

| REQUISITOS  | 1<br>PRE-COTEJO | 2<br>RECIBIDO | 3<br>SOLICITAR | 4<br>NO APLICA |
|---|-----------------|---------------|----------------|----------------|
| Solicitud de Transferencia de Aportaciones ASR-PA-012 (Rev.Dic.09)  |                 |               |                |                |
| Certificación de la Agencia en la que presta servicios (incluida en la parte inferior de la solicitud)  |                 |               |                |                |
| Hoja de Servicio actualizada ASR-004 (Rev.Dic.09)   |                 |               |                |                |
| Certificación de Interrupciones en el Servicio ASR-PA-005 (Rev.Dic.09)  |                 |               |                |                |
| Copia de la Relación de Costo de Servicios no Cotizados, copia del recibo de pago y/o certificación de descuentos de nómina desglosados, si aplica. |                 |               |                |                |
| Transferencia de las aportaciones de otro sistema de retiro, si aplica.   |                 |               |                |                |
| Carta de Defunción del Registro Demográfico (en caso de participantes fallecidos) en original, si aplica.   |                 |               |                |                |
| Informe de Cambio de la Agencia   |                 |               |                |                |
| Expediente para Asuntos de Retiro, en original  |                 |               |                |                |

Comentarios \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de la Agencia

Firma Coordinador de la Agencia

Fecha pre-cotejo de solicitud (Día/Mes/Año)

### Para ser completado por la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR)

SOLICITUD COMPLETADA  SÍ  NO

Nombre Orientador

Firma Orientador

Fecha de cotejo de solicitud (Día/Mes/Año)

# HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA TRANSFERENCIA DE APORTACIONES

## INSTRUCCIONES GENERALES

1. La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada.
2. Es indispensable que la Certificación contenida en la solicitud sea completada y firmada por el oficial autorizado de la agencia para la cual presta servicios en la actualidad.
3. El expediente deberá contener evidencia de la transferencia en caso de participantes que hayan efectuado transferencia de aportaciones de otros sistemas de retiro a éste.
4. La certificación de descuentos por pagos de servicios no cotizados deberá indicar la fecha de comienzo y terminación, la cantidad descontada desglosada mes por mes desde el comienzo hasta el saldo, el total descontado y en caso de interrupciones en el descuento, deberá especificarlo.
5. Si el participante prestó servicios en diferentes agencias cotizando a este Sistema de Retiro, es requisito que el expediente activo contenga toda la documentación correspondiente a tales nombramientos. En caso de que los Informes de Cambio de las Agencias de esos nombramientos no estén completos, se requiere una Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) y Certificación de Interrupciones ASR-PA-005 (Rev.Dic.09) adicional expedida por cada una de las agencias para las cuales se prestaron los servicios.
6. Es importante señalar que la Hoja de Servicio no sustituye a la Notificación de Nombramiento y Juramento ni al Informe de Cambio de la Agencia de su separación o de traslado.
7. El expediente a someterse es el de Asuntos de Retiro, en original. Solamente se aceptarán expedientes sustitutos en casos extremos, cuando se hayan agotado todos los recursos para localizar el expediente de Asuntos de Retiro, sin éxito. En tal situación, se requiere que cada documento del expediente sea certificado y se acompañe de una comunicación explicativa en detalle de las gestiones realizadas para localizar el expediente original.



**SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE APORTACIONES DE OTRO SISTEMA DE RETIRO**

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Seguro Social \_\_\_\_\_ Nacimiento (Día-Mes-Año) \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial \_\_\_\_\_  
 Estado Civil:  Casado  Soltero Sexo:  Femenino  Masculino

|   |   |
|---|---|
| Dirección postal:   | Dirección residencial:                                      |
| Urbanización, condominio o barrio   | Urbanización, condominio o barrio                           |
| P O Box, núm. y calle, edificio y apartamento, ruta rural o ruta contrato | Núm. y Calle, edificio y apartamento, carretera y kilómetro |
| Pueblo, país y código postal  | Pueblo, país y código postal                                |

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA AGENCIA**

Primer Descuento (Día-Mes-Año) \_\_\_\_\_ Renuncia o Separación (Día-Mes-Año) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Plan Acogido:  Coordinado Sistema de Retiro a Transferir: \_\_\_\_\_  
 Completa Suplementación

**SECCIÓN III. INFORMACIÓN SOBRE LAS AGENCIAS EN LAS QUE PRESTÓ SERVICIO**

| Departamento o Agencia (Comenzando por la última) | Empleado                 |                          | Fecha (Día-Mes-Año) |          |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------|----------|
|   | Regular                  | Transitorio              | Comienzo            | Renuncia |
| _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | _____    |
| _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | _____    |
| _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | _____    |
| _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | _____    |

Solicitó reembolso de las aportaciones:  Sí  No Solicitó transferencia a este Sistema:  Sí  No  
*(Si solicitó el reembolso de las aportaciones, tiene que acompañar la evidencia y el expediente para tramitar el costo.)*  
 Si retiró las aportaciones efectuadas a este Sistema, debe indicar el plan de pago al cual se acogerá para reponerlas:  
 Pago inmediato  Dos años  Cuatro años  
 Un año  Tres años  Cinco años

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día-Mes-Año)

**SECCIÓN IV. CERTIFICACIÓN DEL JEFE DE LA AGENCIA EN LA CUAL PRESTA SERVICIOS ACTUALMENTE**

Certifico: Que el (la) empleado (a) \_\_\_\_\_ actualmente es  participante  
 y empleado activo,  pensionado activo del Sistema de Retiro de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Jefe de la Agencia  
o su Representante Autorizado (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de la Agencia  
o su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Puesto

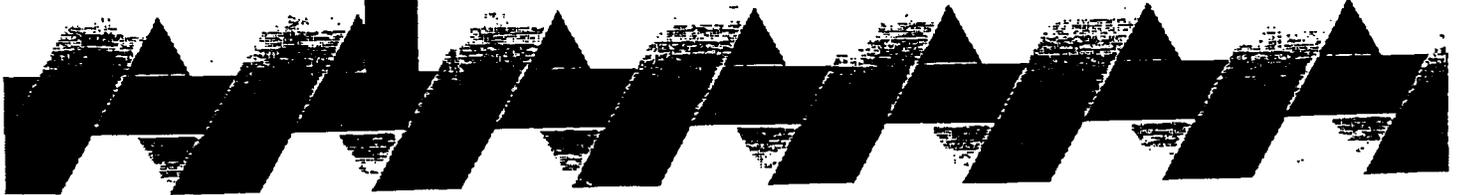
\_\_\_\_\_  
Fecha (Día-Mes-Año)

*Al momento de radicar la solicitud, deberá incluir todos los documentos indicados en el dorso de este formulario.*

## DOCUMENTOS A RADICAR CON TODA SOLICITUD

- 1 Solicitud de Transferencia de Aportaciones (Modelo ASR-PA-012).
- 2 Hoja de Servicios (ASR-PA-004) con sueldos y descuentos para Retiro, preparada en la agencia.
- 3 Certificación de Interrupciones en Servicios (Modelo ASR-PA-005).
- 4 Certificación de la agencia o Sistema al cual cotiza (incluida en la parte inferior de la solicitud).
- 5 Copia de la relación de costo de los servicios no cotizados informado por este Sistema de Retiro.
- 6 Evidencia de pago de los servicios no cotizados. (Si aplica)
  - Copia del recibo oficial de pago.
  - Certificación de descuentos de pago por nómina desglosados que incluya número de libramiento y fecha de envío a este Sistema de Retiro.
- 7 Acta de Defunción del Registro Demográfico (en caso de participante fallecido) en original, si aplica.
- 8 Certificación de descuentos efectuados por nóminas para préstamos con este Sistema de Retiro.
- 9 Expediente para Asuntos de Retiro. (Original)
- 10 Evidencia de la solicitud de reembolso de aportaciones, si aplica.

# ESTADOS DE CUENTA



# FUNCIONES

---

- Informar al participante el tiempo acreditado y las aportaciones e intereses acumulados
- Transferir a otros sistemas de retiro las aportaciones efectuadas por los participantes a nuestro Sistema de Retiro.
- Analizar las transferencias de aportaciones recibidas de otros sistemas de retiro para acreditarlas a aquellos participantes que han ingresado a nuestro sistema.
- Informar las aportaciones agotadas por concepto de pensión por Incapacidad o por Mérito, luego de que el participante reingresa al Gobierno.



## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA ESTADO DE CUENTA (023)

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
Nombre, Apellidos Materno, Paterno Materno

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

URB / PO BOX \_\_\_\_\_  
CONDOMINIO \_\_\_\_\_  
Dirección Postal

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

CALLE \_\_\_\_\_  
Dirección Residencial

AGENCIA ACTUAL \_\_\_\_\_

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

PUEBLO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

FECHA TENTATIVA DE RETIRO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

TELÉFONO DE LA OFICINA \_\_\_\_\_

FECHA DE RADICACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

TELÉFONO DE LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

PLAN ACOGIDO:  COORDINADO  COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

**NOTA:** 1. El coordinador deberá llenar la columna número 1 realizando una marca de cotejo y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro.

El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 realizando una marca de cotejo, según aplique.

| REQUISITOS GENERALES   | 1<br>PRE-COTEJO | 2<br>RECIBIDO | 3<br>SOLICITAR | 4<br>NO APLICA |
|--|-----------------|---------------|----------------|----------------|
| Solicitud de Estado de Cuenta ASR-PA014 (Rev.Dic.09)   |                 |               |                |                |
| Hoja de Servicio ASR-004 (Rev.Dic.09) con aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nóminas  |                 |               |                |                |
| Certificación de Interrupciones en el Servicio ASR-PA-005 (Rev.Dic.09) actualizada   |                 |               |                |                |
| Copia de la Transferencia de Aportaciones ASR-PA-012 (Rev.Dic.09) (si aplica)  |                 |               |                |                |
| Copia de la Relación de Costo de Servicios no Cotizados, copia del recibo de pago y/o Certificación de Descuentos de Nómina desglosados, (si aplica) |                 |               |                |                |
| Resolución del Tribunal o foro, desglose de los periodos que cubre el pago y copia certificada de la nómina, si aplica                               |                 |               |                |                |
| Expediente para Asuntos de Retiro, en original   |                 |               |                |                |

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de la Agencia

Firma

Fecha pre-cotejo de solicitud (día/mes/año)

### Para ser completado por la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR)

SOLICITUD COMPLETADA  SI  NO

Nombre Orientador

Firma

Fecha Cotejo de Solicitud (día/mes/año)

## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA ESTADO DE CUENTA

### INSTRUCCIONES GENERALES

1. La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada.
2. La Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) deberá evidenciar los servicios cotizados e inclusive el "status" actual como empleado.
3. Los periodos de empleo sin paga deben estar desglosados en la Certificación de Interrupciones en el Servicio ASR-PA-005 (Rev.Dic.09) y en la Hoja de Servicios.
4. Es de primordial importancia que el expediente contenga la evidencia en casos de participantes que hayan efectuado transferencia de aportaciones de otros sistemas de retiro o pagado costos por servicios no cotizados. En el caso de la transferencia de aportaciones, la Factura entre Cuentas y la copia de la transferencia (tabla) son evidencia válida de la transacción. En el caso de servicios no cotizados, es evidencia válida la Relación de Costo con la evidencia de pago, copia del Recibo Oficial de pago y/o certificación de nóminas de la Agencia indicativa de los descuentos efectuados. Ésta debe indicar la fecha de comienzo y terminación, la cantidad descontada desglosada mes por mes desde el comienzo hasta el saldo, el total descontado y en caso de interrupciones en el descuento, deberá especificarlo.
5. Si el participante prestó servicios en diferentes agencias cotizando a este Sistema de Retiro, es requisito que el expediente activo contenga toda la documentación correspondiente a tales nombramientos. En caso de que los Informes de Cambio de esos nombramientos no estén completos, se requiere una Hoja de Servicio y la Certificación de Interrupciones adicional expedida por cada una de las agencias para las cuales se prestaron los servicios anteriores. Es importante señalar que la Hoja de Servicio no sustituye a la Notificación de Nombramiento y Juramento ni al Informe de Cambio de la Agencia de separación o de traslado.
6. El expediente a someterse es el de Asuntos de Retiro, en original. Solamente se aceptarán expedientes sustitutos en casos extremos, cuando se hayan agotado todos los recursos para localizar el expediente de Asuntos de Retiro, sin éxito. En tal situación, se requiere que cada documento del expediente sea certificado y se acompañe una comunicación explicativa en detalle de las gestiones realizadas para localizar el expediente original.

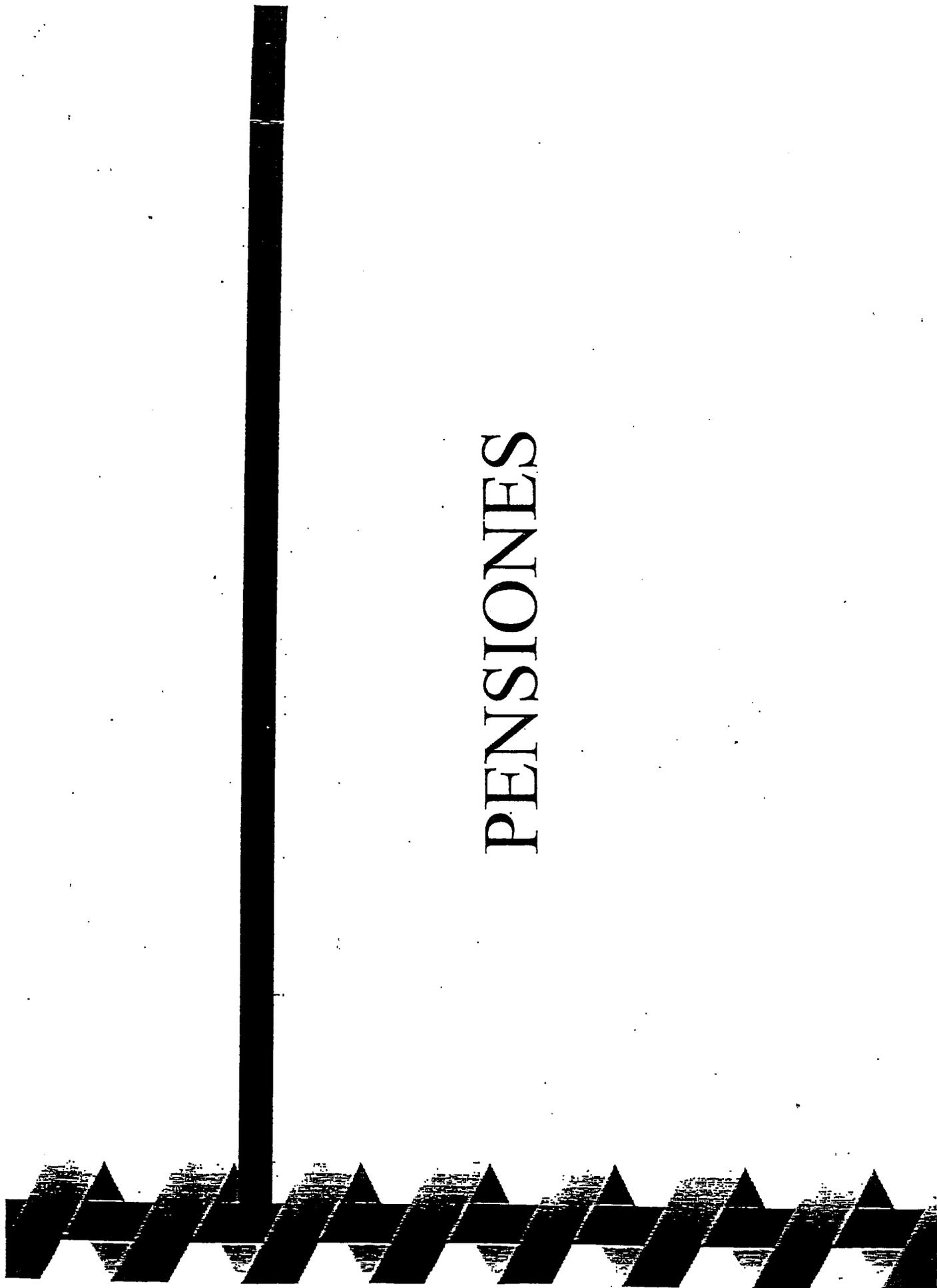


### SOLICITUD DE ESTADO DE CUENTA

Propósito del Estado de Cuenta:  Bienes Gananciales  Ética Gubernamental  
 Jubilación (participantes cuya fecha de jubilación está programada de tres años o menos)

| I. Datos Relacionados con el Participante   |  |   |   |                                       |  |
|---|--|---|---|---------------------------------------|--|
| Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial   |  | Seguro Social   |   | Fecha Solicitud (día-mes-año)         |  |
| Dirección Postal: <input type="radio"/> Igual a la Residencial  |  |   | Dirección Residencial:  |                                       |  |
| P O Box, HC Box, RR Box   |  |   | Urb, Cond, Edif, Bo   |                                       |  |
| Ciudad Estado Zip + 4   |  |   | Núm., Calle, Ave, Edif, Apt, Ste  |                                       |  |
| Ciudad Estado Zip + 4   |  | Ciudad Estado Zip + 4   |   | Zip + 4                               |  |
| Agencia en la que Trabaja   |  | Fecha primer descuento retiro (día-mes-año)   |   | Posible fecha de retiro (día-mes-año) |  |
| Plan Acogido  |  | Nacimiento (día-mes-año)  |   | Tel. Trabajo                          |  |
|   |  |   |   | Tel. Residencial                      |  |
| II. Indique Años de Servicios y Edad a Cumplir  |  |   |   |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> 10 años de servicios y 58 años de edad   |  | <input type="checkbox"/> 25 años de servicios y 50 años de edad (Bomberos y Policías) |   |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> 10 o más años de servicios y 65 años de edad   |  | <input type="checkbox"/> 70 años de edad  |   |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> 10 años de servicios y solicité pensión por incapacidad no ocupacional   |  | <input type="checkbox"/> 30 años de servicios   |   |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> 25 años de servicios y 55 Años de edad   |  | <input type="checkbox"/> 62 años de edad (Bomberos y Policía)                         |   |                                       |  |
| III. Favor de Marcar y Completar los Encasillados que Apliquen  |  |   |   |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> No tengo interrupciones de servicios   |  |   |   |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Tengo interrupciones de servicios  |  | Desde   |   | Hasta                                 |  |
|   |  | Día-Mes-Año   |   | Día-Mes-Año                           |  |
| <input type="checkbox"/> Tengo en trámite una transferencia de aportaciones del Sistema de Retiro de que incluye los siguientes periodos:     |  |   |   |                                       |  |
|   |  | Desde   |   | Hasta                                 |  |
|   |  | Día-Mes-Año   |   | Día-Mes-Año                           |  |
| <input type="checkbox"/> Presté servicios en algún Sistema de Retiro. Deberá solicitar la transferencia.                                      |  |   |   |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Transferí aportaciones del Sistema de Retiro de que incluye los siguientes periodos:                                 |  |   |   |                                       |  |
|   |  | Desde   |   | Hasta                                 |  |
|   |  | Día-Mes-Año   |   | Día-Mes-Año                           |  |
| <input type="checkbox"/> Pagué por años de servicios que tenía pendiente de acreditar, que incluye los siguientes periodos:                   |  |   |   |                                       |  |
|   |  | Desde   |   | Hasta                                 |  |
|   |  | Día-Mes-Año   |   | Día-Mes-Año                           |  |
| <input type="checkbox"/> Estoy pagando años de servicio que tenía pendiente, que incluye los siguientes periodos:                             |  |   |   |                                       |  |
|   |  | Desde   |   | Hasta                                 |  |
|   |  | Día-Mes-Año   |   | Día-Mes-Año                           |  |
| IV. Documentos a Radicar con la Solicitud   |  |   |   |                                       |  |
| 1. Hoja de servicios con aportaciones trabajada por la oficina de nómina.   |  |   | 5. Evidencia de pago de servicios no cotizados (si aplica). (Certificación de descuentos de pagos por nómina desglosadas por año fiscal o copia de recibo oficial de pago de este Sistema). |                                       |  |
| 2. Certificación de interrupciones en el servicio.  |  |   | 6. Expediente original para asuntos de retiro.  |                                       |  |
| 3. Copia de la transferencia de aportaciones (si aplica).   |  |   | 7. Orden del Tribunal (Bienes Gananciales).   |                                       |  |
| 4. Copia de la relación de costos de servicios no cotizados informados por este sistema (si aplica).  |  |   |   |                                       |  |
| V. Documentos Adicionales   |  |   |   |                                       |  |
| En aquellos casos que haya cobrado retroactivamente una demanda por concepto de la Ley. Núm. 89 (Ley de Retribución Uniforme) deberá incluir: |  |   |   |                                       |  |
| 1. Hoja de servicios con los sueldos ajustados y descuentos para retiro.  |  |   |   |                                       |  |
| 2. Resolución del tribunal o foro (si aplica).  |  |   |   |                                       |  |
| 3. Copia de las nóminas donde se efectuó el pago.   |  |   |   |                                       |  |
| Firma del Participante  |  |   | Fecha (Día-Mes-Año)   |                                       |  |

# PENSIONES





## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA PENSIONES

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 039 DIFERIDA | <input type="checkbox"/> 041 EDAD Y AÑOS DE SERVICIO | <input type="checkbox"/> 046 JUDICATURA |
| <input type="checkbox"/> 040 MÉRITO   | <input type="checkbox"/> 045 ALCALDES                | <input type="checkbox"/> SUPLEMENTARIA  |

NOMBRE DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
Nombre, Apellidos Paterno y Materno

CORREO ELECTRÓNICO / PO BOX / CONDOMINIO \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_

PUEBLO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA OFICINA \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DE RADICACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DE EFECTIVIDAD DE PENSIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DE RENUNCIA \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

PLAN ACOGIDO  COORDINADO  
 COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

El depósito directo es compulsorio según las disposiciones de la Ley 103 de 25 de mayo de 2006 "Ley para implantar la Reforma Fiscal del Gobierno del ELA".

- NOTA**
- El coordinador deberá llenar la columna número 1 realizando una marca de cotejo y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro.
  - El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 y realizando una marca de cotejo según aplique.

| REQUISITOS GENERALES  | 1<br>PRE-COTEJO | 2<br>RECIBIDO | 3<br>SOLICITAR | 4<br>NO APLICA |
|---|-----------------|---------------|----------------|----------------|
| Solicitud de Pensión modelo ASR-PA-006 (rev. dic. 09)   |                 |               |                |                |
| Cotejar la Sección II del Formulario ASR-PA-006 "Solicitud de Pensión" con los datos correctos de la cuenta bancaria y que esté debidamente completada. Cotejar entrega de la copia del cheque cancelado o una hoja de depósito procesada |                 |               |                |                |
| Solicitud de Tarjeta de Identificación ASR-PE-017 (rev.nov.09) con dos retratos 2 x 2   |                 |               |                |                |
| Copia del Certificado de Nacimiento del Registro Demográfico (deberá presentar el original)   |                 |               |                |                |
| Declaración Jurada referente al nombre en original, si aplica   |                 |               |                |                |
| Certificación de Servicios y Préstamos  |                 |               |                |                |
| Certificación de Interrupciones en el Servicio (actualizada)  |                 |               |                |                |
| Declaración Individual o Certificación al Plan Acogido con fecha en que se acogió   |                 |               |                |                |
| Hoja de Servicio con aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nómina   |                 |               |                |                |
| Copia de la Nómina Especial evidenciando los ajustes en sueldo, si aplica   |                 |               |                |                |
| Formulario de Cambio o de renuncia de la Agencia  |                 |               |                |                |
| Copia de relación de costos de servicios no cotizados, copia del recibo de pago y/o certificación de descuentos de nómina desglosados, si aplica  |                 |               |                |                |
| Copia de la Transferencia de Aportaciones, si aplica  |                 |               |                |                |
| Expediente para Asuntos de Retiro (original)  |                 |               |                |                |

Observación: Igual al expediente del cual forma parte.

| <input type="checkbox"/> 045 ALCALDES<br>REQUISITOS ESPECÍFICOS                               | 1<br>PRE-COTEJO | 2<br>RECIBIDO | 3<br>SOLICITAR | 4<br>NO APLICA |
|---|-----------------|---------------|----------------|----------------|
| Certificación de la Comisión para Ventilar Querellas Municipales o del Secretario de Justicia |                 |               |                |                |

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de la Agencia

Firma del Coordinador de la Agencia

Fecha pre-cotejo de solicitud (Día / Mes / Año)

**Para ser completado por la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR)**

SOLICITUD COMPLETADA  SÍ  NO

Nombre del Orientador

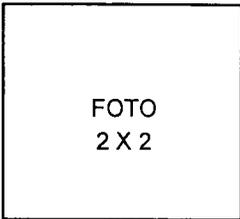
Firma del Orientador

Fecha cotejo de solicitud (Día / Mes / Año)

# HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA PENSIONES (DIFERIDA, MÉRITO, EDAD Y AÑOS DE SERVICIO, ALCALDES Y JUDICATURA)

## INSTRUCCIONES GENERALES

1. La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada. Es de suma importancia que la dirección sea legible.
2. Deberá asegurarse que completó correctamente la Solicitud de Pensión "ASR-PA-006" (rev. dic. 09) la Sección II "Datos Relacionados con la Cuenta Bancaria" (Deposito Directo) siendo compulsorio mediante las disposiciones de la Ley 103 de 25 de mayo de 2006 "Ley para implantar la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico".
3. Se requiere copia del Certificado de Nacimiento expedido por el Registro Demográfico, (deberá presentar el original). En ausencia del Certificado de Nacimiento, deberá someter en original y en el orden que adelante establecemos los documentos que se detallan a continuación:
  - ★ Certificación Negativa del Registro Demográfico acompañada del Acta de Bautismo.
  - ★ Certificación Negativa del Registro Demográfico y el Acta de Bautismo, acompañadas del Certificado del Tribunal Electoral donde conste su edad a la fecha de inscripción.
4. En caso de que el documento que evidencie su fecha de nacimiento figure con nombre(s) o apellido(s) diferente(s) al que consta en el expediente de Asuntos de Retiro, deberá suministrar una Declaración Jurada haciendo constar que los diferentes nombres o apellidos corresponden a la misma persona.
5. La Declaración Individual es el documento requerido para evidenciar el plan de aportaciones de retiro al que está acogido el participante. En ausencia de este documento, se requiere una Certificación Negativa expedida por la Agencia, indicativa además, del plan al que está cotizando. En los casos de participantes acogidos al Plan de Completa Suplementación, se requiere, la fecha del primer descuento efectuado a base del referido plan.
6. Las Hojas de Servicio de todos los participantes deberán indicar las aportaciones efectuadas para retiro por servicios prestados.
7. La Certificación de Interrupciones en el Servicio debe establecer los periodos sin sueldo y tienen que coincidir con los Informes de Cambio de las Agencias y la Hoja de Servicio.
8. Es necesario que la información referente al sueldo y el último día de pago establecido en la Hoja de Servicio (ASR-PA-004) coincida con el Informe de Cambio de la Agencia o el Informe de Separación de la Agencia.
9. En caso de que los sueldos a utilizarse en el cómputo de la pensión se efectúen por ajustes, es indispensable que se radique copia certificada de la Nómina Especial evidenciando los pagos efectuados.
10. El expediente a someterse es el de Asuntos de Retiro, en original. Solamente se aceptarán expedientes sustitutos en casos extremos, cuando se hayan agotado todos los recursos para localizar el expediente de Asuntos de Retiro sin éxito. En tal situación, se requiere que cada documento del expediente sea certificado y se acompañe de una comunicación explicativa en detalle de las gestiones realizadas para localizar el expediente original.



### SOLICITUD DE PENSIÓN

Indique el Tipo de Pensión que Solicita:  Diferida  Suplementaria  Mérito  
 Edad y Años de Servicio  Alcalde  Judicatura (Ley Núm. 12)

#### SECCIÓN I. DATOS RELACIONADOS CON EL PARTICIPANTE

Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a) Sexo:  Femenino  Soltero(a)  Masculino

Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año) \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección Postal (Complete según aplique, conforme a la Reforma Postal):

Urbanización \_\_\_\_\_ o Condominio \_\_\_\_\_ o Barrio \_\_\_\_\_

PO Box \_\_\_\_\_ o Núm. y Calle \_\_\_\_\_ o Edificio \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_ o RR \_\_\_\_\_ Box \_\_\_\_\_ o HC \_\_\_\_\_ Box \_\_\_\_\_

Pueblo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección Física (Si es diferente a la postal): \_\_\_\_\_

Institución donde trabaja: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Indique el último sueldo: \_\_\_\_\_ Indique los años de servicio en el gobierno: \_\_\_\_\_

Indique si tiene préstamos:

Hipotecario  No  Sí Número \_\_\_\_\_

Personal  No  Sí Número \_\_\_\_\_

Viaje Cultural  No  Sí Número \_\_\_\_\_

Indique si ha cotizado en otro sistema de retiro:  No  Sí Especifique cuál \_\_\_\_\_

No  Sí Especifique cuál \_\_\_\_\_

#### SECCIÓN II. DATOS RELACIONADOS CON LA CUENTA BANCARIA (DEPÓSITO DIRECTO)

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nombre del Banco _____ | Tipo de Cuenta<br><input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| Número de Cuenta _____ | Número de Ruta y Tránsito _____  |

Certifico que toda la información contenida en esta solicitud es cierta a mi mejor saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día/Mes/Año)

#### SECCIÓN III. CERTIFICACIÓN DEL COORDINADOR PARA ASUNTOS DE RETIRO

CERTIFICO que recibí de \_\_\_\_\_, la presente solicitud, hoy \_\_\_\_\_ Día

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a la(s) \_\_\_\_\_ Hora  AM  PM.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día/Mes/Año)

Observación: Igual que el expediente del cual forma parte.  
Nota: Ver requisitos generales al dorso.

## REQUISITOS GENERALES

Toda Solicitud de Pensión, Formulario ASR-PA-006, debe acompañarse de los siguientes documentos:

1. Certificado de Nacimiento

**La información de nacimiento de los participantes será accedida por empleados autorizados de la Agencia a través del portal de servicios gubernamentales [www.pr.gov](http://www.pr.gov). Sólo se solicitará el Certificado de Nacimiento en caso de que haya problemas técnicos para acceder a la aplicación por Web o a personas nacidas antes del año 1931, cuya información de nacimiento no se encuentra, en muchos casos, registrada en el computador. En ausencia del Certificado de Acta de Nacimiento los participantes deberán someter en original y en el orden que adelante establecemos, los documentos que se detallan a continuación:**

- a. Acta de Bautismo acompañada de Certificación Negativa del Registro Demográfico.
  - b. En caso de que no sea ciudadano americano, deberá entregar un Certificado del Tribunal Electoral donde conste su edad a la fecha de inscripción, acompañado de la Certificación Negativa del Registro Demográfico y del Acta de Bautismo.
2. Solicitud de Tarjeta de Identificación con dos (2) fotos tamaño 2" x 2".
3. Declaración Jurada referente al nombre (si aplica).
4. Copia de Transferencia de Aportaciones (si aplica).
5. Evidencia de pago de Servicios No Cotizados (si aplica).
- a. Copia del recibo de pago oficial de este Sistema ó
  - b. Certificación de descuentos por nóminas desglosada por año fiscal (suministrada por la agencia).
6. Copia del Estado de Cuenta informado por este Sistema (si aplica).
7. Certificación de la Comisión para Ventilar Querellas Municipales, del Secretario de Justicia y del Tribunal Federal (Aplica sólo a los alcaldes).

### Depósito Directo

1. Copia de cheque cancelado o de una hoja de depósito procesada por el banco. El cheque o la hoja debe tener el número de ruta y tránsito impresos en la parte inferior.
2. Deberá asegurarse de completar correctamente la Sección II. Datos Relacionados con la Cuenta Bancaria. Así evitará que su pago no llegue a otra cuenta.
3. El depósito directo es compulsorio según las disposiciones de la Ley 103 de 25 de mayo de 2006, "Ley para implantar la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado".

### Nota Importante:

Toda la documentación requerida debe ser radicada a través del Coordinador de Asuntos de Retiro de su Agencia, Corporación o Municipio.



## SOLICITUD DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PENSIONADOS Y BENEFICIARIOS

| Información del Pensionado o Beneficiario                                |  |  |
|--|--|--|
| Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno                               |  | Seguro Social  |
| Dirección Residencial  | Retrato<br>2"x 2"  |  |
|  | Dirección Postal   |  |
|  | Urbanización, Condominio o Barrio  |  |
| P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural, Ruta Contrato |  |  |
| Pueblo, País, Código Postal  |  |  |
| Tipo de Pensión:   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Mérito  | <input type="checkbox"/> Incapacidad Ocupacional                           | <input type="checkbox"/> Beneficiario (Viuda o Viudo)                |
| <input type="checkbox"/> Edad y Años de Servicios                        | <input type="checkbox"/> Incapacidad No Ocupacional                        | <input type="checkbox"/> Beneficiario (Menor de Edad o Incapacitado) |
| Información del Tutor (Si aplica)  |  |  |
| Nombre del Tutor (Si aplica)   |  |  |
| Urbanización, Condominio o Barrio  | P O Box, Número y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural, Ruta Contrato |  |
| Pueblo, País y Código Postal   |  |  |

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.



## CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PRÉSTAMOS

Yo, \_\_\_\_\_, con número de Seguro Social \_\_\_\_\_, certifico que: (deberá marcar con (x) los encasillados que correspondan y estampar sus iniciales al lado de la marca).

No tengo servicios acreditados en otros Sistemas de Retiro pendientes de transferir a la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.

Estoy pagando por:

Servicios No Cotizados

Reembolso de Aportaciones

Especifique cuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pagué en su totalidad:

Servicios No Cotizados

Reembolso de Aportaciones

Especifique cuales, incluyendo las fechas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No tengo servicios pendientes de acreditar.

No tengo interés de reclamar servicios no cotizados pendientes.

No tengo préstamos con la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados y la Judicatura.

Estoy pagando a la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura los siguientes préstamos:

Hipotecario Número \_\_\_\_\_ Pago Mensual \$ \_\_\_\_\_

Viaje Cultural Número \_\_\_\_\_ Pago Mensual \$ \_\_\_\_\_

Préstamo Personal Número \_\_\_\_\_ Pago Mensual \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día-Mes-Año)

\_\_\_\_\_  
Agencia



### CERTIFICACIÓN RELACIONADA CON INTERRUPCIONES EN EL SERVICIO

Retiro Definido (Ley 447)

Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro (Ley 305)

CERTIFICO que

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Inicial

\_\_\_\_\_  
Apellido Paterno

\_\_\_\_\_  
Apellido Materno

tuvo

no tuvo interrupciones en el servicio que prestó a

\_\_\_\_\_  
Núm. Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Agencia - Municipio - Corporación Pública

A continuación el detalle de las mismas:

| TIPO DE INTERRUPCIÓN                                   | DESDE              | HASTA              |
|--|--------------------|--------------------|
|  | <i>Día/Mes/Año</i> | <i>Día/Mes/Año</i> |
| <input type="checkbox"/> Licencia sin sueldo           |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
| <input type="checkbox"/> Participación en huelga (s)   |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
| <input type="checkbox"/> Suspensión de empleo y sueldo |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |
|  |                    |                    |

Dada en \_\_\_\_\_, P.R., hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

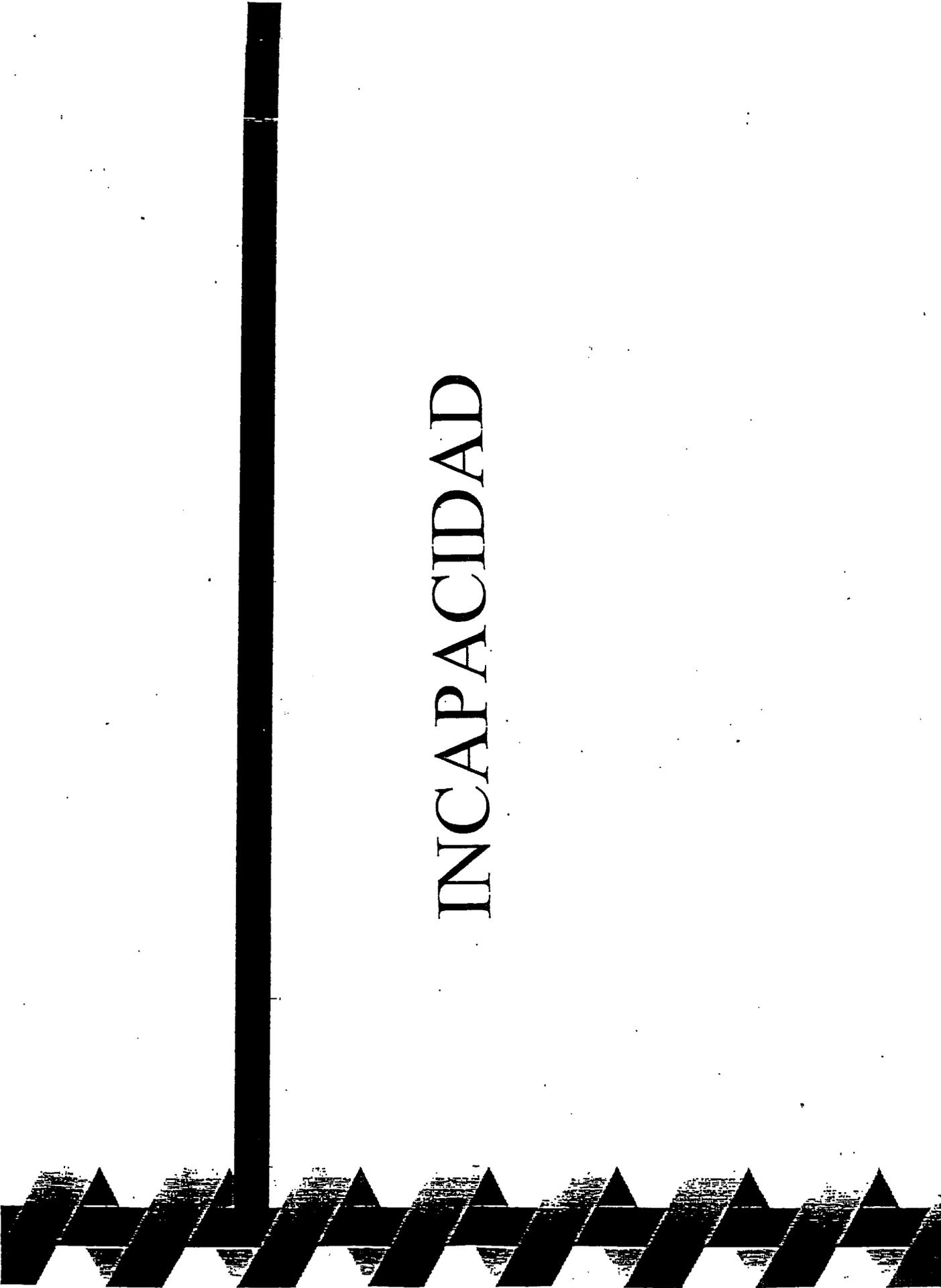
\_\_\_\_\_  
Nombre Director Recursos Humanos  
o su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Puesto que Ocupa

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.





# INCAPACIDAD



**HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA PENSIONES POR INCAPACIDAD (LEY 447)**

042 INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL

043 INCAPACIDAD OCUPACIONAL

NOMBRE DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

URB / PO BOX \_\_\_\_\_  
CONDOMINIO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

CALLE \_\_\_\_\_

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

PUEBLO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

FECHA DE RADICACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

TELÉFONO DE LA OFICINA \_\_\_\_\_

STATUS ACTUAL:  
 LICENCIA  FUERA DEL  
 ACTIVO  SIN SUELDO  SERVICIO

TELÉFONO DE LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

NATURALEZA DEL PADECIMIENTO:  ORGÁNICO  EMOCIONAL  
El depósito directo es compulsorio según las disposiciones de la Ley 103 de 25 de mayo de 2006 "Ley para Implantar la Reforma Fiscal del Gobierno de ELA".

FECHA DE RENUNCIA O CESANTÍA  
(SI APLICA) \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

PLAN ACOGIDO:  COORDINADO  COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

- NOTA:**
1. El coordinador deberá llenar las columnas número 1 realizando una marca de cotejo y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro.
  2. El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 realizando una marca de cotejo según aplique.
  3. Toda solicitud tiene que venir acompañada de todos los documentos requeridos, de lo contrario se devolverá.
  4. La fecha de radicación corresponderá a la fecha en que se sometan todos los documentos requeridos en original.

| DOCUMENTOS REQUERIDOS  | 1<br>PRE-COTEJO | 2<br>RECIBIDO | 3<br>SOLICITAR | 4<br>NO APLICA |
|--|-----------------|---------------|----------------|----------------|
| Solicitud de Pensión ASR-DI-018 (rev. sep. 09)   |                 |               |                |                |
| Cotejar los datos relacionados con la Cuenta Bancaria (Depósito Directo) completado en el formulario Solicitud de Pensión (ASR-DI-018) pág. 3. Cotejar entrega de copia de cheque cancelado o una hoja de depósito procesada |                 |               |                |                |
| Solicitud de Tarjeta de Identificación con dos retratos 2 x 2 ASR-PE-017 (Rev.Nov.09)  |                 |               |                |                |
| Certificado de Nacimiento del Registro Demográfico (copia) deberá presentar el original  |                 |               |                |                |
| Declaración Jurada referente al nombre, si aplica  |                 |               |                |                |
| Notificación sobre Representación Legal ASR-DI-019 (Rev.Dic.09)  |                 |               |                |                |
| Certificación para el Trámite de Pensiones por Incapacidad ASR-DI-069 (Abr.10)   |                 |               |                |                |
| Certificación de Servicios y Préstamos ASR-PA-043 (Rev.Dic.09)   |                 |               |                |                |
| Autorización a la Administración para Obtener Información ASR-DI-023 (Rev.Nov.09)  |                 |               |                |                |
| Copia de Relación de Costos de Servicios No Cotizados, copia del recibo de pago y/o certificación de descuentos de nómina desglosados, si aplica   |                 |               |                |                |
| Copia de la Transferencia de Aportaciones, si aplica   |                 |               |                |                |
| Certificación de Interrupciones en el Servicio ASR-PA-005 (Rev.Dic.09) actualizada   |                 |               |                |                |
| Certificación del Patrono para la Solicitud de Pensión por Incapacidad ASR-DI-020 (Rev.Nov.09)   |                 |               |                |                |
| Declaración Individual o Certificación del Plan Acogido, no aplica a policías *  |                 |               |                |                |
| Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) con aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nóminas   |                 |               |                |                |
| Copia certificada de la nómina especial evidenciando los ajustes en sueldo, si aplica  |                 |               |                |                |
| Informe Médico de Pensión por Incapacidad ASR-DI-005 (Rev.Nov.09) o Informe Médico de Especialistas  |                 |               |                |                |
| Evidencia adicional de médicos privados en original o copia certificada **   |                 |               |                |                |
| Expediente para Asuntos de Retiro (original)   |                 |               |                |                |

| <input type="checkbox"/> <b>043 INCAPACIDAD OCUPACIONAL (447)</b><br><b>DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>   | 1<br>PRE-COTEJO | 2<br>RECIBIDO | 3<br>SOLICITAR | 4<br>NO APLICA |
|---|-----------------|---------------|----------------|----------------|
| Certificación de Compensabilidad para la Administración de los Sistemas de Retiro en original o copia certificada por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Modelo FSE 0037 (abr. 2002) *** |                 |               |                |                |
| Copia de expediente médico del Fondo del Seguro del Estado (copia certificada) ***  |                 |               |                |                |

Policías - Significa a los Miembros de la Policía de Puerto Rico.

\*\* Se considera los informes médicos, evaluaciones, placas, MRI, CT SCAN, laboratorios o cualquier otro documento médico relacionado a la condición o condiciones incapacitantes como evidencia adicional por las cuales se solicitan los beneficios.

La evidencia debe demostrar el historial de la condición médica desde el inicio hasta el presente.

\*\*\* Estos documentos se aceptarán en original y/o copia certificada, si son copias certificadas del original deberá incluir el número de páginas a certificar y la firma de la persona autorizada a certificar la misma.

Comentarios:

Nombre del Coordinador de la Agencia

Firma del Coordinador de la Agencia

Fecha de cotejo de la solicitud (Día/Mes/Año)

**Para ser completado por la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR)**

SOLICITUD COMPLETADA  SÍ  NO

Comentarios:

Nombre del Oficial de Orientación

Firma del Oficial de Orientación

Fecha de recibo (Día/Mes/Año)

## **HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA PENSIONES POR INCAPACIDAD (LEY 447)**

### **INSTRUCCIONES GENERALES**

1. La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada. Es de suma importancia que la dirección sea legible.
2. Asegurarse que completó correctamente la Solicitud de Pensión "ASR-DI-018", la sección, "Datos Relacionados con la Cuenta Bancaria" (Deposito Directo) siendo compulsorio mediante las disposiciones de la Ley 103 de 25 de mayo de 2006 "Ley para implantar la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico".
3. Se requiere copia del Certificado de Acta de Nacimiento expedido por el Registro Demográfico, (deberá presentar el original). En ausencia del Certificado de Acta de Nacimiento, deberá someter en original y en el orden que adelante establecemos, los documentos que se detallan a continuación:
  - \* Certificación Negativa del Registro Demográfico acompañada del Acta de Bautismo en original.
  - \* Certificaciones Negativas del Registro Demográfico y del Acta de Bautismo, acompañadas de copia certificada del Certificado del Tribunal Electoral donde conste su edad a la fecha de inscripción.
  - \* En caso de que el documento que evidencie su fecha de nacimiento figure con nombre o apellido(s) diferente(s) al que consta en el expediente de asuntos de retiro, deberá suministrar una declaración jurada haciendo constar que los diferentes nombres o apellidos corresponden a la misma persona.
4. No es necesario que el participante tenga representación legal, pero es requisito que complete el formulario correspondiente. En caso de tener representante legal, deberá informar todos los datos solicitados.
5. Para evidenciar pagos por servicios no cotizados, deberá someter copia del Recibo Oficial de pago y/o Certificación expedida por la Oficina de Nómina indicativa de los descuentos efectuados. Esta deberá indicar la fecha de comienzo y terminación, cantidad mensual, total descontado y en caso de interrupciones en el descuento, deberá especificarlo.
6. La información que conste en la Hoja de Servicio, en la Certificación de Interrupciones en el Servicio y en la Certificación del Patrono para la Solicitud de Pensión por Incapacidad no puede ser contradictoria. Si ha prestado servicios en otras agencias, es importante que presente la Hoja de Servicio y el expediente personal de todas las agencias en las que ha prestado servicio.
7. La Declaración Individual es el documento requerido para evidenciar el plan de aportación de retiro al que el participante está acogido. En ausencia de este documento se requiere una certificación negativa expedida por la agencia, indicativa además, del plan al que está cotizando. En los casos de participantes acogidos al Plan de la Completa Suplementación se requiere, la fecha del primer descuento efectuado a base del referido Plan. No aplica a los Policías de Puerto Rico.
8. En casos de participantes acogidos al Plan de la Completa Suplementación, es necesario que se establezcan las aportaciones efectuadas para retiro en la Hoja de Servicio.
9. Es indispensable que en el Informe Médico conste la fecha de expedición, el nombre del médico (de forma legible), la firma y el número de licencia. El período entre la fecha de expedición del Informe Médico y la fecha del recibo de la documentación en el Sistema de Retiro no puede ser mayor de seis (6) meses.

10. Se considera los informes médicos, evaluaciones, placas, MRI, CT SCAN, laboratorios o cualquier otro documento médico relacionado a la condición o condiciones incapacitantes como evidencia adicional por las cuales se solicitan los beneficios. La evidencia debe demostrar el historial de la condición médica desde el inicio hasta el presente. Será responsabilidad del participante someter toda la evidencia médica de los tratamientos relacionados a dicha(s) condición(es). (Deben ser en original o copia certificada)
11. Es necesario que someta la Certificación de Compensabilidad para la Administración de los Sistemas de Retiro emitida por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Modelo CFSE 0037, (abr. 2002).
12. Se requiere el expediente médico de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado de los casos radicados ante dicho foro y por los cuales se solicitan los beneficios a la Administración de los Sistemas de Retiro en copia certificada.



**SOLICITUD DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD**

- Ley 305 Participantes del Programa de Cuenta de Ahorro para el Retiro (Reforma 2000)
- Incapacidad no ocupacional
- Incapacidad ocupacional - Ley 447
- Incapacidad ocupacional - Ley 127

Núm. Solicitud



|  |  |   |   |  |   |                |
|--|--|---|---|--|---|----------------|
| <b>Nombre completo (como aparece en la nómina)</b>   |  |   | <b>Seguro Social</b>  |  | <b>Sexo</b>   |                |
|  |  |   |   |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                |
| <b>Estado civil</b>  |  |   |   | <b>Teléfonos</b>                         |   |                |
| <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)   |  |   |   |  |   |                |
| <b>Dirección E-Mail</b>  |  | <b>Trabajo</b>  |   | <b>Residencial</b>                       |   | <b>Celular</b> |
|  |  |   |   |  |   |                |
| <b>Dirección</b>   |  |   |   |  |   |                |
| <b>Postal</b>  |  | <b>Residencial</b>  |   |  |   |                |
|  |  |   |   |  |   |                |
| <b>Puesto que ocupa</b>  |  | <b>Último sueldo mensual</b>  |   | <b>Años de servicio en gobierno</b>      |   |                |
|  |  |   |   |  |   |                |
| <b>Agencia y pueblo donde trabaja</b>  |  |   |   |  |   |                |
|  |  |   |   |  |   |                |
| <b>¿Préstamos con el Sistema de Retiro?</b>  |  |   | <b>¿Ha cotizado en otro Sistema de Retiro?</b>  |  |   |                |
| Hipotecario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Viaje cultural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Préstamo personal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Indique cual _____<br>¿Recibe otra pensión como beneficiario por alguna ley especial?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Indique cual _____ |  |   |                |
| <b>Naturaleza del padecimiento que le incapacita</b>   |  |   |   |  |   |                |
|  |  |   |   |  |   |                |
| <b>Indique si ha radicado alguna reclamación en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado</b>   |  |   |   |  |   |                |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |  |   |   |  |   |                |
|  |  | <b>Número asignado por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado</b> | <b>Número asignado por la Comisión Industrial</b>   | <b>Fecha del accidente (mes/día/año)</b> | <b>Hora</b>   |                |
| <b>Descripción del accidente</b>   |  |   |   |  |   |                |
|  |  |   |   |  |   |                |
| <b>Explique cómo su condición le impide desempeñar sus funciones</b>   |  |   |   |  |   |                |
|  |  |   |   |  |   |                |

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

### INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIAL MÉDICO

Provea el nombre, dirección y teléfono del médico que está atendiendo su condición actualmente

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Especialidad \_\_\_\_\_ Días y horas de Oficina \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Otros médicos que atienden su condición

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Indique si ha estado hospitalizado recientemente debido a su condición

No  Sí (Favor de someter copia de récord médico y/o resúmenes de alta.)

|                             | 1     | 2     | 3     |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| Hospital:                   | _____ | _____ | _____ |
| Dirección :                 | _____ | _____ | _____ |
| Indique las fechas          | _____ | _____ | _____ |
| Motivo:                     | _____ | _____ | _____ |
| Tratamiento y medicamentos: | _____ | _____ | _____ |

#### Indique si se le han realizado pruebas o laboratorios relacionados con su condición

No  Sí Indique cuáles:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**DATOS RELACIONADOS CON LA CUENTA BANCARIA (DEPOSITO DIRECTO)**

|                                   |  |                                 |                                  |                                |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Nombre de la Institución Bancaria |  | Tipo de Cuenta                  |                                  |                                |
|                                   |  | <input type="checkbox"/> Ahorro | <input type="checkbox"/> Cheques | <input type="checkbox"/> Otra: |
| Número de Cuenta                  |  | Número de Ruta y Tránsito       |                                  |                                |
|                                   |  |                                 |                                  |                                |

**Notas Importantes:**

- \* El depósito directo es compulsorio según las disposiciones de la Ley 103 de 25 de mayo de 2006, "Ley para Implantar la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado".
- \* El solicitante deberá acompañar esta solicitud con una copia de cheque cancelado o de una hoja de depósito directo procesada por la Institución Financiera.
- \* El cheque cancelado o la hoja de depósito debe tener el número de ruta y tránsito impreso en la parte inferior.
- \* Deberá asegurarse de completar correctamente esta sección y así evitará que su pago no llegue a otra cuenta.

**CERTIFICACION**

Certifico que la información suministrada es correcta y que me consta que ofrecer información falsa conlleva la aplicación de penalidades establecidas por Ley. Autorizo a la Administración de los Sistemas de Retiro a realizar las investigaciones que estime pertinentes para corroborar la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día/Mes/Año)

**PARA USO DE LA AGENCIA**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Coordinador Agencial para Asuntos de Retiro

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día/Mes/Año)

Sello Oficial de la Agencia

**PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO**

\_\_\_\_\_  
Fecha de recibo

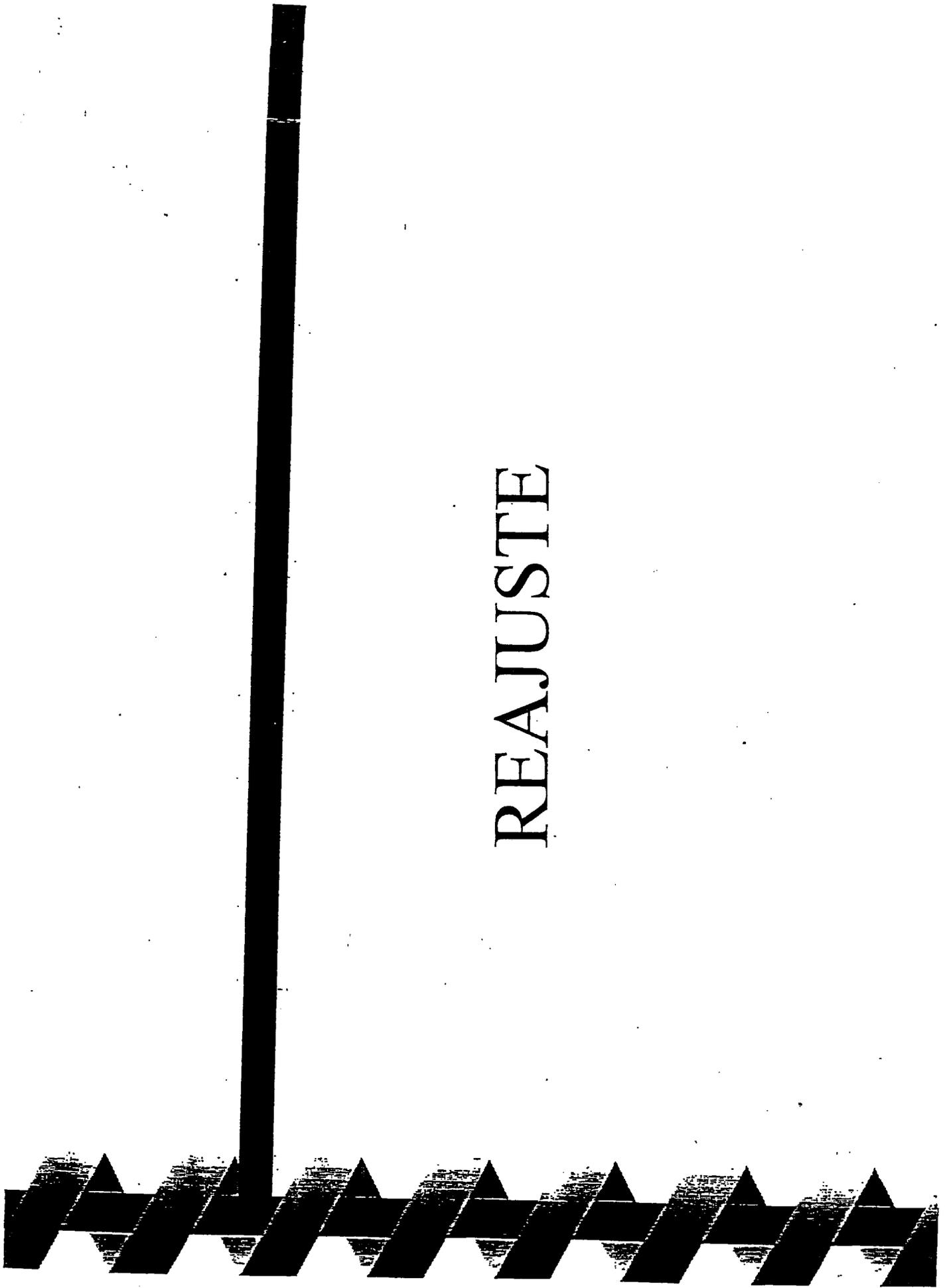
\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

Documentos completos

Sí     No

\_\_\_\_\_  
Firma

REAJUSTE





## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA REAJUSTE DE PENSIÓN (054)

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
Nombre, Apellidos Paterno y Materno

URB / PO BOX CONDOMINIO \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_

PUEBLO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

FECHA DE EFECTIVIDAD DE PENSIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DE SEPARACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DE RADICACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

PLAN ACOGIDO  COORDINADO

COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

El depósito directo es compulsorio según las disposiciones de la Ley 103 de 25 de mayo de 2006 "Ley para Implantar la Reforma Fiscal del Gobierno del ELA".

- NOTA 1. El coordinador deberá llenar la columna número 1 realizando una marca de cotejo y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro, si aplica.
2. El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 realizando una marca de cotejo, según aplique.

| REQUISITOS GENERALES   | 1<br>PRE-COTEJO | 2<br>RECIBIDO | 3<br>SOLICITAR | 4<br>NO APLICA |
|--|-----------------|---------------|----------------|----------------|
| Solicitud Reajuste de Pensión ASR-PA-016 (Rev.Dic.09)          |                 |               |                |                |
| Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) con sueldos ajustados |                 |               |                |                |
| Copia de la nómina pagando ajustes en sueldo                   |                 |               |                |                |
| Expediente del pensionado                                      |                 |               |                |                |

Comentarios \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de la Agencia

Firma del Coordinador de la Agencia

Fecha pre-cotejo de solicitud (Día/Mes/Año)

### Para ser completado por la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR)

SOLICITUD COMPLETADA  SÍ  NO

Nombre del Orientador

Firma del Orientador

Fecha cotejo de solicitud (Día/Mes/Año)

# **HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA REAJUSTE DE PENSIÓN**

## **Instrucciones Generales**

1. La Solicitud debe ser completada en todas sus partes y firmada.
2. Deberá traer la Hoja de Servicio modelo ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) con sueldos ajustados preparada por la Oficina de Nóminas de la Agencia.
3. El expediente del pensionado será solicitado al Archivo Central por el oficial autorizado del Sistema de Retiro.



## SOLICITUD DE REAJUSTE DE PENSIÓN

Inicial       Revisión

### SECCION I. DATOS DEL PENSIONADO

|  |                              |   |                          |          |
|--|------------------------------|---|--------------------------|----------|
| Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial                              |                              | Seguro Social   | Nacimiento (Día-Mes-Año) | Teléfono |
| Dirección Postal:  |                              | Dirección Residencial: <input type="checkbox"/> Igual a la Postal       |                          |          |
| Urbanización, Condominio o Barrio  |                              | Urbanización, Condominio o Barrio                                       |                          |          |
| PO Box, Num. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato |                              | Num. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera, Kilómetro y Hectómetro |                          |          |
| Pueblo, País y Código Postal   |                              | Pueblo, País y Código Postal  |                          |          |
| Plan Acogido:  | Fechas (Día-Mes-Año)         |   |                          |          |
| <input type="checkbox"/> Coordinado                                      | Primer Descuento para Retiro | Separación o Renuncia   | Efectividad de Pensión   |          |
| <input type="checkbox"/> Completa Suplementación                         |                              |   |                          |          |

Favor de Completar este Apartado si Usted era Policía:

| Número               |                      |
|----------------------|----------------------|
| Demandas Solicitadas | Sentencia Solicitada |
|                      |                      |

### SECCION II. CERTIFICACION

CERTIFICO que la información provista aquí es cierta y que me consta que ofrecer información falsa conlleva la aplicación de penalidades establecida por Ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del Pensionado

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día-Mes-Año)

### DOCUMENTOS A RADICAR CON LA SOLICITUD

1. Solicitud de Reajuste de Pensión (ASR-PA-016).
2. Hoja de Servicio (ASR-PA-004) sin sueldos ajustados y descuentos para Retiro.
3. Hoja de Servicio (ASR-PA-004) con sueldos ajustados y descuentos para Retiro.
4. Copia de las nóminas donde se afectó el pago correspondiente.
5. Informe de Cambio (OP-15).

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

# REINGRESOS





## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA REINGRESO (090)

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
Nombre, Apellidos Paterno y Materno

URB / PO BOX CONDOMINIO \_\_\_\_\_  
Dirección Postal

CALLE \_\_\_\_\_  
Dirección Residencial

CUENTAS DE AGUAS Y ELECTRICIDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO ZIP CODE

AGENCIA ACTUAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA AGENCIA \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DEL PRIMER DESCUENTO \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DE REINSTALACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

FECHA DE RADICACIÓN \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

PLAN ACOGIDO  COORDINADO  COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

- NOTA 1. El coordinador deberá llenar la columna número 1 realizando una marca de cotejo y acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro.
2. El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 realizando una marca de cotejo, según apliquen.

| REQUISITOS   | 1          | 2        | 3         | 4         |
|--|------------|----------|-----------|-----------|
|  | PRE-COTEJO | RECIBIDO | SOLICITAR | NO APLICA |
| Solicitud de Análisis para Determinar Aportaciones e Intereses Agotados en Pensión por Incapacidad ASR-PA-013 (Rev.Dic.09) |            |          |           |           |
| Informe de Cambio de la Agencia de reinstalación al servicio o Notificación de Nombramiento de la Agencia                  |            |          |           |           |
| Expediente para Asuntos de Retiro activo (de reinstalación)  |            |          |           |           |
| Expediente para Asuntos de Retiro inactivo (de pensionado)   |            |          |           |           |

Comentarios \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de la Agencia \_\_\_\_\_

Firma del Coordinador de la Agencia \_\_\_\_\_

Fecha pre-cotejo de solicitud (Día/Mes/Año) \_\_\_\_\_

### Para uso de la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR)

SOLICITUD COMPLETADA  SÍ  NO

Nombre del Orientador \_\_\_\_\_

Firma del Orientador \_\_\_\_\_

Fecha cotejo de solicitud (Día/Mes/Año) \_\_\_\_\_

# HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA REINGRESO

## INSTRUCCIONES GENERALES

1. La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada.
2. El expediente a someterse es el de Asuntos de Retiro en original. Solamente se aceptarán expedientes sustitutos en casos extremos cuando se hayan agotado todos los recursos para localizar el expediente de Asuntos de Retiro, sin éxito. En tal situación, se requiere que cada documento del expediente sea certificado y se acompañe de una comunicación explicativa en detalle de las gestiones realizadas para localizar el expediente original.
3. Es importante señalar que la Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) no sustituye la Notificación de Nombramiento y Juramento ni al Informe de Cambio de la Agencia de separación. o de traslado.
4. En caso de que el expediente inactivo no esté anexado al expediente activo, procede que el oficial autorizado del Sistema de Retiro lo solicite al Archivo Central.



## SOLICITUD DE ANÁLISIS PARA DETERMINAR APORTACIONES E INTERESES AGOTADOS EN PENSIÓN POR INCAPACIDAD

### SECCION I. INFORMACION DEL PARTICIPANTE

|   |   |   |
|---|---|---|
| Apellido Paterno  | Apellido Materno  | Nombre  |
| Seguro Social   | Nacimiento <i>(Día-Mes-Año)</i>                             | Teléfono Residencial  |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Soltero |   | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino |
| Dirección Postal:   | Dirección Residencial:                                      |   |
| Urbanización, Condominio o Barrio   | Urbanización, Condominio o Barrio                           |   |
| P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato         | Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera y Kilómetro |   |
| Pueblo, País y Código Postal  | Pueblo, País y Código Postal                                |   |

### SECCION II. INFORMACION DE LA AGENCIA DE REINGRESO

|                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| Agencia en la cual trabaja | Reingreso <i>(Día-Mes-Año)</i> |
| Teléfono                   |                                |

### SECCION III. INFORMACION SOBRE LA PENSIÓN POR INCAPACIDAD

| Agencia en la cual trabajaba   | Teléfono  | Primer Descuento <i>(Día-Mes-Año)</i> |                 |   |     |     |  |  |  |       |  |  |       |  |  |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---------------------------------------|-----------------|---|-----|-----|--|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| Fecha en que se Incapacitó <i>(Día-Mes-Año)</i>  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="3" style="width: 20%;">Pensión Mensual</th> <th colspan="6">Periodo que recibió pensión por incapacidad</th> </tr> <tr> <th colspan="3">Desde</th> <th colspan="3">Hasta</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                       | Pensión Mensual | Periodo que recibió pensión por incapacidad |     |     |  |  |  | Desde |  |  | Hasta |  |  | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |  |  |  |  |  |  |  |
| Pensión Mensual  |   |                                       |                 | Periodo que recibió pensión por incapacidad |     |     |  |  |  |       |  |  |       |  |  |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Desde   |                                       |                 | Hasta                                       |     |     |  |  |  |       |  |  |       |  |  |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Día   | Mes                                   | Año             | Día   | Mes | Año |  |  |  |       |  |  |       |  |  |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                                       |                 |   |     |     |  |  |  |       |  |  |       |  |  |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |
| Indique tipo de pensión  |   |                                       |                 |   |     |     |  |  |  |       |  |  |       |  |  |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad ocupacional <input type="checkbox"/> Incapacidad no ocupacional |   |                                       |                 |   |     |     |  |  |  |       |  |  |       |  |  |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma del Participante   | Fecha <i>(Día -Mes-Año)</i>   |                                       |                 |   |     |     |  |  |  |       |  |  |       |  |  |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |

### DOCUMENTOS A RADICAR CON LA SOLICITUD

- 1 Solicitud de Análisis para Determinar Aportaciones (ASR-PA-013).
- 2 Informe de Cambio (OP-15 ó SP-2) de Reinstalación al Servicio o Notificación de Nombramiento (OP-11).
- 3 Expediente para Asuntos de Retiro Activo (que incluya documentos de reinstalación) en original.

Conservación: Igual que el expediente del cual forma parte.

BENEFICIO POR  
MUERTE





## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA BENEFICIOS POR MUERTE - ACTIVO (021)

|   |   |
|---|---|
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____<br>Nombre Apellidos Paterno Materno | SEGURO SOCIAL _____                                 |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE _____<br>Nombre Apellidos Paterno Materno  | FECHA DE NACIMIENTO _____<br>Día / Mes / Año        |
| URB / PO BOX CONDOMINIO _____                                     | LUGAR DE TRABAJO _____<br>Agencia o Municipio       |
| CALLE _____   | PUESTO QUE OCUPABA _____                            |
| PUEBLO _____ ESTADO _____ ZIP CODE _____                          | FECHA DEL PRIMER DESCUENTO _____<br>Día / Mes / Año |
| PARENTESCO _____  | CAUSA DE LA MUERTE _____                            |
| TELÉFONO DE LA AGENCIA _____                                      | LUGAR DE LA MUERTE _____<br>Pueblo                  |
| TELÉFONO DE RESIDENCIA _____                                      | FECHA DE LA MUERTE _____<br>Día / Mes / Año         |
| FECHA DE RADICACIÓN _____<br>Día / Mes / Año                      |   |

PLAN ACOGIDO:  COORDINADO  COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

- Nota:**
- El coordinador deberá llenar la columna número 1 realizando una marca de cotejo acompañar todos los documentos requeridos para cada solicitud. Toda solicitud deberá venir acompañada de la Hoja de Cotejo correspondiente y el expediente para Asuntos de Retiro.
  - El Oficial de Orientación de Retiro completará las columnas número 2, 3 y 4 realizando de cotejo según aplique.

| REQUISITOS   | 1<br>PRE-COTEJO | 2<br>RECIBIDO | 3<br>SOLICITAR | 4<br>NO APLICA |
|--|-----------------|---------------|----------------|----------------|
| Solicitud de Beneficios por Muerte ASR-PA-018 (Rev.Dic.09)                                 |                 |               |                |                |
| Dirección postal, fecha de nacimiento y Seguro Social de los beneficiarios (ver solicitud) |                 |               |                |                |
| Acta de Defunción del participante, en original, del Registro Demográfico                  |                 |               |                |                |
| Certificado de Matrimonio, en original, del Registro Demográfico (si aplica)               |                 |               |                |                |
| Copia de la Designación de Beneficiarios ASR-PA-047 (Rev.Dic.09)                           |                 |               |                |                |
| Testamento o Declaratoria de Herederos, de no existir Designación de Beneficiarios         |                 |               |                |                |

| <b>(Continuación)</b><br><b>REQUISITOS</b>  | <b>1</b><br><b>PRE-COTEJO</b> | <b>2</b><br><b>RECIBIDO</b> | <b>3</b><br><b>SOLICITAR</b> | <b>4</b><br><b>NO APLICA</b> |
|---|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Copia del Certificado de Nacimiento de los beneficiarios menores de 18 años de edad, estudiantes o incapacitados (deberá presentar el original) |                               |                             |                              |                              |
| Completar la Certificación de Custodia de Menores, Incapacitados y/o Beneficiarios ASR-PA-076 (Rev.Feb.10)                                      |                               |                             |                              |                              |
| Orden del Tribunal sobre tutoría o carta con petición al Sistema de Retiro para nombramiento de tutor, en caso de menores o incapacitados       |                               |                             |                              |                              |
| Acta de Defunción de beneficiarios fallecidos, en original, del Registro Demográfico (si aplica)  |                               |                             |                              |                              |
| Testamento o Declaratoria de Herederos de beneficiarios fallecidos (original o copia certificada por el Tribunal), (si aplica)                  |                               |                             |                              |                              |
| Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) con aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nómina                                     |                               |                             |                              |                              |
| Certificación de Interrupciones en el Servicio ASR-PA-005 (Rev.Dic.09)  |                               |                             |                              |                              |
| Informe de Cambio de la Agencia   |                               |                             |                              |                              |
| Expediente para Asuntos de Retiro, en original  |                               |                             |                              |                              |

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de la Agencia

Firma

Fecha pre-cotejo de solicitud (día / mes / año)

**Para ser completado por la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR)**

**SOLICITUD COMPLETADA**     **SÍ**     **NO**

Nombre Orientador

Firma

Fecha cotejo de solicitud (día / mes / año)

## HOJA DE COTEJO REQUISITOS PARA BENEFICIOS POR MUERTE - ACTIVO

### INSTRUCCIONES GENERALES

1. La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada por el solicitante, aún cuando éste no sea beneficiario. Si el beneficiario es menor de edad o incapacitado, no puede figurar como solicitante.
2. En caso de que se radique una reclamación ante la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) para determinar si la muerte del empleado sobrevino como resultado y en el curso del empleo, es necesario esperar la Decisión Final del Administrador del Fondo del Seguro del Estado para decidir los beneficios correspondientes en este Sistema de Retiro.
3. Incluir el Acta de Defunción del Registro Demográfico en original.
4. Del fallecido ser casado, deberá someter el Certificado de Matrimonio expedido por el Registro Demográfico con posterioridad al fecha de fallecimiento del participante, si el estado civil indica que éste es casado, se requiere Certificado de Matrimonio. Si existe algún error en estado civil del fallecido, deberá enmendarlo en el Registro Demográfico antes de someter el mismo. (Si aplica)
5. Cuando el evento haya ocurrido fuera de Puerto Rico, solamente se aceptarán fotocopias de los documentos señalados anteriormente, en cuyo caso las fotocopias debe estar certificadas con el original por un oficial autorizado de este Sistema de Retiro.
6. Para que una Designación de Beneficiarios sea válida debe estar registrada en este Sistema de Retiro antes de la fecha de fallecimiento del participante.
7. En caso de beneficiarios incapacitados o menores de 21 años de edad, el oficial autorizado de la Administración de los Sistemas de Retiro (ASR), conjuntamente con el padre, madre o tutor, deberá completar el formulario "Certificación de Custodia de Menores" modelo ASR-PA-076 (Rev.Feb.09) con las identificaciones correspondientes. Si los padres están divorciados, es necesario que suministren copia certificada de la Sentencia de Divorcio donde se establezca la patria potestad del menor o incapacitado. Si no existe madre, padre ni tutor nombrado por un tribunal, se requiere una comunicación de la persona bajo cuya custodia se encuentra el menor o incapacitado, en la cual solicite a este Sistema de Retiro su designación como tutor.
8. Si no existe padre, madre ni tutor nombrado por un tribunal, se requiere una comunicación de la persona bajo cuya custodia se encuentra el menor o incapacitado, en la cual solicite al Sistema de Retiro su designación como tutor.
9. El beneficio (dinero) correspondiente a beneficiarios menores de 18 años de edad se consignará en el tribunal, según sea el monto, conforme establece la Orden Administrativa Núm. 08-99-01.
10. En caso de que algún beneficiario o heredero fallezca con posterioridad al fallecimiento del participante, sin haber recibido el beneficio correspondiente, para la distribución de éste se requiere Testamento o Declaratoria de Herederos del beneficiario fallecido.
11. Debe coincidir la información del Fallecido en la Hoja de Servicio ASR-PA-004 (Rev.Dic.09) y el Informe de Cambio de la Agencia.
11. El expediente a someterse es el de Asuntos de Retiro en original. Solamente se aceptarán expedientes sustitutos en casos extremos, cuando se hayan agotado todos los recursos para localizar el expediente de asuntos de retiro, sin éxito. En tal situación, se requiere que cada documento del expediente sea certificado y se acompañe de una comunicación explicativa.



### SOLICITUD DE BENEFICIO POR MUERTE

(LEY NÚM. 447 DE 15 DE MAYO DE 1951)

- Muerte Ocupacional                       Solicitud Inicial  
 Muerte No Ocupacional                   Solicitud de Revisión

#### SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE O PENSIONADO FALLECIDO

|   |   |   |               |
|---|---|---|---------------|
| Apellido Paterno<br>Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino   | Apellido Materno<br>Estatus del Fallecido: <input type="checkbox"/> Participante<br><input type="checkbox"/> Pensionado | Nombre<br>Fecha de Defunción (Día-Mes-Año)                                | Seguro Social |
| Causa de la Defunción: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente<br><input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio<br><input type="checkbox"/> Otros     |   | Dirección a la Fecha de la Defunción                                      |               |
| Lugar donde falleció  |   | Urbanización, Condominio o Barrio   |               |
| Tiene Relación la Muerte con el Empleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   | P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato |               |
| Tiene Caso con el Fondo del Seguro del Estado:<br>(De ser afirmativo debe venir acompañado con la<br>decisión final del Fondo).<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Núm. de Caso: |   | Pueblo, País y Código Postal  |               |
| Información Empleado Activo   |   | Tipo de Pensión (Si Aplica)   |               |
| Última Agencia Dónde Prestó Servicios   |   | Último Sueldo Mensual   |               |
| <input type="checkbox"/> Edad   |   | <input type="checkbox"/> Mérito <input type="checkbox"/> Incapacidad      |               |

#### SECCIÓN II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

|   |                      |   |   |
|---|----------------------|---|---|
| Apellido Paterno  | Apellido Materno     | Nombre e Inicial  | Nacimiento (Día-Mes-Año)  |
| Seguro Social   | Teléfono Residencial | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Soltero | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino |
| Relación con el Participante o Pensionado Fallecido: <input type="checkbox"/> Heredero <input type="checkbox"/> Administrador |                      | <input type="checkbox"/> Viudo (a)    Otro:                                       |   |
| Dirección Postal  |                      | Dirección Residencial   |   |
| Urbanización, Condominio o Barrio   |                      | Urbanización, Condominio o Barrio   |   |
| P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato   |                      | Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera y Kilómetro                       |   |
| Pueblo, País y Código Postal  |                      | Pueblo, País y Código Postal  |   |

#### SECCIÓN III. DETALLES DE PRÉSTAMOS VIGENTES CON EL SISTEMA (PARTICIPANTE O PENSIONADO)

Indique si la persona fallecida tenía préstamos vigentes:  Sí     No

|                           |                        |                              |
|---------------------------|------------------------|------------------------------|
| Núm. Préstamo Hipotecario | Núm. Préstamo Personal | Núm. Préstamo Viaje Cultural |
|                           |                        |                              |

#### SECCIÓN IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

| Nombre                       | Seguro Social | Nacimiento (Día-Mes-Año) | Parentesco | Dirección |
|------------------------------|---------------|--------------------------|------------|-----------|
|                              |               |                          |            |           |
|                              |               |                          |            |           |
|                              |               |                          |            |           |
|                              |               |                          |            |           |
| Nombre del Tutor (Si Aplica) | Seguro Social | Nacimiento (Día-Mes-Año) | Parentesco | Dirección |
|                              |               |                          |            |           |

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha (Día-Mes-Año) \_\_\_\_\_

Al momento de radicar la Solicitud de Beneficio por Muerte, se deberá incluir todos los documentos requeridos para el proceso de la misma. Al dorso se indican los documentos necesarios para la radicación de la solicitud.

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

**DOCUMENTOS A RADICAR CON LA SOLICITUD DE BENEFICIO POR MUERTE EMPLEADOS ACTIVOS**

- 1 - Solicitud de Beneficios por Muerte (ASR-PA-018).
- 2 - Acta de Defunción del participante en original del Registro Demográfico.
- 3 - Certificado de Matrimonio en Original del Registro Demográfico. (Si Aplica)
- 4 - Copia de la Designación de Beneficiarios.
- 5 - Testamento o Declaratoria de Heredero, de no existir Designación de Beneficiarios.
- 6 - Certificado de Nacimiento de beneficiarios menores de 21 años de edad, en original del Registro Demográfico.
- 7 - Identificación de madre, padre o tutor de menores de 21 años. (Véase Formulario)
- 8 - Orden del Tribunal sobre Tutoría o Carta con Petición al Sistema de Retiro para nombramientos de tutor(a), en casos de menores o incapacitados.
- 9 - Acta de Defunción de Beneficiarios Fallecidos en original del Registro Demográfico. (Si Aplica)
- 10 - Testamento o Declaratoria de Herederos Fallecidos, original o copia Certificada por el Tribunal. (Si Aplica)
- 11 - Hoja de Servicio (ASR-PA-004) con descuentos para Retiro, actualizada y trabajada por la Oficina de Nómina.
- 12 - Certificación de Interrupciones en el Servicio (ASR-PA-005).
- 13 - Informe de Cambio (OP-15 ó SP-2) con la fecha de defunción.
- 14 - Copia de Transferencia de Aportaciones. (Si Aplica)
- 15 - Expediente para Asuntos de Retiro. (Original)
- 16 - Evidencia de menores emancipados.

**DOCUMENTOS A RADICAR CON LA SOLICITUD DE BENEFICIO POR MUERTE DE PENSIONADOS**

- 1 - Solicitud de Beneficios por Muerte (ASR-PA-018).
- 2 - Acta de Defunción del pensionado en original del Registro Demográfico.
- 3 - Certificado de Nacimiento de beneficiarios menores de 21 años de edad, en original del Registro Demográfico.
- 4 - Copia de la Designación de Beneficiarios (Si aplica).
- 5 - Testamento o Declaratoria de Heredero, de no existir Designación de Beneficiarios.
- 6 - Recibo de pago de gastos de funeral.
- 7 - Nombre completo, número de seguro social y dirección postal de la persona que incurrió en los gastos de funeral (Si aplica).
- 8 - Acta de Defunción de beneficiarios fallecidos en original del registro Demográfico (Si aplica).
- 9 - Identificación de madre, padre o tutor de menores de 21 años (Véase formulario).