



## COMPROMISO DE PAGO DE SERVICIOS NO COTIZADOS LEY NÚM. 70 DE 2 DE JULIO DE 2010

El Reglamento para Regir el Programa de Incentivos, Retiro y Readiestramiento del 18 de agosto de 2010, establece lo siguiente:

Componente 4(b) - Artículo 8, Inciso C:

"Los empleados elegibles que interesen acogerse a los beneficios de este artículo podrán usar las licencias de vacaciones y enfermedad y sus propios fondos para pagar las cantidades que el Administrador determine que hagan falta para poder pagar los Servicios Acreditables necesarios para acumular quince (15) años de servicio o el número de años deseados de la tabla anterior. Se contabilizarán y aplicarán los años de Servicios Acreditables utilizando las fórmulas y disposiciones de las leyes y los reglamentos del Sistema de Retiro correspondiente donde el Empleado Elegible esté cotizando antes de participar en el Programa."

Componente 4(c) - Artículo 9, Inciso B:

"Aquellos empleados que cuenten con la edad necesaria para acogerse al retiro bajo el Sistema de Retiro al que pertenecen pero que no hayan cotizado en el Sistema de Retiro los treinta (30) años de servicio público, podrán pagar los Servicios Acreditables no cotizados para alcanzar los treinta (30) años, mediante:

- 1) el incentivo económico de hasta seis (6) meses de sueldo dispuesto en el Artículo 7 de este Reglamento;
- 2) las licencias de vacaciones y enfermedad acumuladas; y
- 3) sus propios fondos."

### COMPROMISO DE PAGO

Por tanto, yo \_\_\_\_\_ con el número de seguro social \_\_\_\_\_, me comprometo a realizar el pago necesario para cubrir la deuda existente con la Administración de los Sistemas de Retiro, por concepto de Servicios no Cotizados, según lo establecen la Ley Núm. 70 de 2 de julio de 2010 y las reglamentaciones vigentes relacionadas a ésta.

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día/Mes/Año)

Certificado por:

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

\_\_\_\_\_  
Firma

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

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día/Mes/Año)

-----  
**PARA USO DE ASR**  
-----

Aprobado por:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Administrador o su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma

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

\_\_\_\_\_  
Fecha (Día/Mes/Año)

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.