

Ingreso Cambio Actualización

Para todo participante activo, efectivo desde el 1 de julio de 2013 (Ley 3-2013)

SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial		Género	Fecha de Nacimiento (día/mes/año)		Seguro Social
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
			Lugar de Nacimiento		
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Lugar de Empleo			
Teléfono Residencial	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico		
Dirección Postal <input type="checkbox"/> Cambio de Dirección		Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Igual a la Postal			
_____		_____			
PO Box, HC Box, RR Box		Urb, Cond, Edif, Bo.			
_____		_____			
Núm., Calle, Ave., Apt., Ste.		_____			
Ciudad	Estado	Zip + 4	Ciudad	Estado	Zip + 4

SECCIÓN II. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL EMPLEO

Fecha del Primer Nombramiento (día/mes/año)	Estatus actual de empleo:	<input type="checkbox"/> Carrera	<input type="checkbox"/> Confianza	<input type="checkbox"/> Transitorio
	Anterior participante de:	<input type="checkbox"/> Ley 447	<input type="checkbox"/> Ley 1	<input type="checkbox"/> Reforma 2000
Si prestó servicios en el gobierno anteriormente, indique el Sistema de Retiro que aplique:		<input type="checkbox"/> ASR	<input type="checkbox"/> AEE	<input type="checkbox"/> Judicatura <input type="checkbox"/> UPR

SECCIÓN III. APORTACIÓN INDIVIDUAL AL PROGRAMA

Autorizo a cambiar mi aportación mensual conforme al porcentaje seleccionado:

Mínimo: 10.00% Otro: _____ % (escriba en incrementos de 0.50%)

SECCIÓN IV. APORTACIÓN SEGURO POR INCAPACIDAD (Compulsorio bajo disposiciones Ley 3 - 2013)

La aportación para el Seguro por Incapacidad será de un cuarto por ciento (0.25%) de la retribución mensual, hasta un salario máximo de \$5,000.00 mensuales, para una cubierta de 40% del salario.

Seleccione descuento de: Sueldo Aportación de Ahorros a la Asociación de Empleados de ELA

SECCIÓN V. CERTIFICACIÓN

Certifico que, a mi mejor entender, la información suministrada es cierta y correcta.

Firma del Participante

Fecha (día/mes/año)

INSTRUCCIONES PARA EL PARTICIPANTE

Este formulario lo completarán todos los participantes del Sistema a partir del 1 de julio de 2013. Marque con según aplique.

Si es participante activo antes del 1 de julio de 2013, seleccione qué tipo de participante del sistema era.

Este formulario se utilizará para ingresos, cambios o actualización de:

- Datos Demográficos
- Aportación individual: solo en incrementos de 0.50% y cada año fiscal.*
- Empleo
- Descuento del Seguro por incapacidad.

*Esta cantidad solo podrá ser cambiada una vez cada año fiscal. El cambio en el porcentaje requiere ser presentado en la División de Nómina de la Agencia. Dicho cambio será notificado a la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y la Judicatura, no más tarde del 30 de abril y será efectivo el 1 de julio (próximo año fiscal). Esta aportación es adicional a cualquier cantidad a descontarse para cubrir la prima del Seguro por Incapacidad.

Para todo participante activo, efectivo desde el 1 de julio de 2013 (Ley 3-2013)

SECCIÓN VI. DATOS DE LA NÓMINA (Para uso de la división de nómina del lugar de empleo)

Marque con una (x) según aplique

<input type="checkbox"/> 001 Policía	<input type="checkbox"/> 005 Guardia Penal	<input type="checkbox"/> 009 Vigilante de Rec Naturales	<input type="checkbox"/> 013 Guardia Municipal
<input type="checkbox"/> 002 Bombero	<input type="checkbox"/> 006 Adm General de Prisiones	<input type="checkbox"/> 010 Agente Negocido de Inv.	<input type="checkbox"/> 014 Bombero Municipal
<input type="checkbox"/> 003 Ag. Rentas Internas	<input type="checkbox"/> 007 Sub-Adm. de Prisiones	<input type="checkbox"/> 011 Agente Dpto. de Justicia	<input type="checkbox"/> 015 Guardia Correccional Depto. Corrección
<input type="checkbox"/> 004 Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> 008 Sub-Director de la Prisión	<input type="checkbox"/> 012 Alguacil	

Fecha de Efectividad (d/m/a)	Retribución Mensual (Incluye diferencial con visio de permanencia)	Núm. Participantes Afectados	Diferencial Anual (Si hay alguno)
Importe Aport. Individual	Importe Aport. Patronal	Cantidad Retroactiva Aportación Patronal	Cantidad Retroactiva Aportación Individual

SECCIÓN VII. CERTIFICACIÓN DE NÓMINA (Para uso de la división de nómina del lugar de empleo)

Certifico correcto la información suministrada.

Nombre del Director de Recursos Humanos o su Representante Autorizado	Firma	Puesto que Ocupa	Fecha (día/mes/año)
--	-------	------------------	---------------------

SECCIÓN VIII. ENTRADA Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA (Uso interno de retiro)

Información entrada al sistema por:		Verificado por:	
Nombre del Empleado	Firma	Nombre del Empleado	Firma
Puesto que Ocupa	Fecha (día/mes/año)	Puesto que Ocupa	Fecha (día/mes/año)

INSTRUCCIONES PARA LA DIVISIÓN DE NÓMINA

Este formulario será completado, firmado y fechado por el participante, y por el Director de Recursos Humanos o su Representante Autorizado.

La Sección de Datos de Nómina podrá utilizarse para notificar cambio en sus remesas, no reportado en la nómina.

Sección VI. Datos de Nómina, "Marque según aplique": Esta información es recopilada para efectos de estudios actuariales exclusivamente. Para propósitos de pensión, se establecerán de acuerdo a las diferentes leyes, reglamentos y estatutos vigentes aplicables.

