

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: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero		
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Dirección postal: _____		Dirección residencial: <input type="checkbox"/> Igual a la Postal
Urbanización, condominio o barrio		Urbanización, condominio o barrio
P.O.Box, núm. y calle, edif. y apart., ruta rural o 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: <input type="checkbox"/> Coordinado <input type="checkbox"/> Completa Suplementación	Sistema de Retiro a Transferir: _____	

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, indique el plan de pago al cual se acogerá para reponerlas:

Pago inmediato Dos (2) años Cuatro (4) años
 Un (1) año Tres (3) años Cinco (5) años

_____ _____
Firma del Solicitante Fecha (día/mes/año)

SECCION IV. CERTIFICACION DEL JEFE DE LA AGENCIA (SISTEMA DE RETIRO A TRANSFERIR)

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 Firma del Jefe de la Agencia
o su Rep. Autorizado (en letra de molde) 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.
Conservación: Igual al expediente del cual forma parte. **Página 1 de 2**