

**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:
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 <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:

<input type="checkbox"/> Pago inmediato	<input type="checkbox"/> Dos (2) años	<input type="checkbox"/> Cuatro (4) años
<input type="checkbox"/> Un (1) año	<input type="checkbox"/> Tres (3) años	<input type="checkbox"/> Cinco (5) años

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

**SECCIÓN IV. CERTIFICACIÓN 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 o su Rep. 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.

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Página 1 de 2

**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.

**Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.**

**Página 2 de 2**

