

**SOLICITUD DE SERVICIOS NO COTIZADOS (SNC)  
RELACIONADOS CON SERVICIOS:  
TRANSITORIOS, JORNAL, CONTRATO Y  
DEVOLUCIÓN DE APORTACIONES RETIRADAS**



☐ INICIAL    ☐ RECÓMPUTO

**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, Edificio, Barrio	
PO Box, HC Box, RR Box	Núm. y Calle, Avenida, Apartamento, Carretera	
Ciudad, Estado y Zip + 4	Ciudad, Estado y Zip + 4	

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN DE LA AGENCIA**

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

**SECCIÓN III. CONCEPTO QUE DESEA ACREDITAR**

- ☐ Servicios por Contratos Equivalente a un Puesto                      ☐ Devolución de Aportaciones Retiradas
- ☐ Servicios prestados a Agencias, Instrumentalidades, Municipios y Empresas, conforme a las disposiciones de Ley 10 de 1992

**SECCIÓN 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 |

**SECCIÓN 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 |

**SECCIÓN VI. COMPROMISO DE PAGO**

**Me comprometo** con la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura, a cumplir con el plan de pago solicitado para satisfacer el costo de servicios acreditables no cotizados necesarios para recibir la acreditación de los años que deseo completar. Además, **entiendo** que de no concluir con dicho pago, recibiré la acreditación parcial de tiempo equivalente a los servicios pagados.

Firma del Participante	Fecha (día/mes/año)
------------------------	---------------------

**\*Al momento de radicar esta Solicitud, deberá incluir todos los documentos requeridos para procesar la misma. \***

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Página 1 de 2

**DOCUMENTOS A RADICAR**

1. Certificación de status actual como empleado.
2. Hoja de Servicios con aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nómina.
3. Certificación de Interrupciones en el Servicio.
4. Declaración Individual, en ausencia de ésta, una certificación indicativa del plan al que cotiza y fecha en que se acogió a
5. Copia del recibo oficial de pago de Servicios No Cotizados y/o certificación de la agencia indicativa de los descuentos efectuados desglosados (si aplica).
6. Expediente para Asuntos de Retiro en original.

**DOCUMENTOS ADICIONALES DE ACUERDO AL CONCEPTO**

**SERVICIOS PRESTADOS EN AGENCIAS, INSTRUMENTALIDADES, CORPORACIONES Y MUNICIPIOS**

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.
2. En servicios prestados por hora, deberán suministrar certificación indicativa del número de horas, sueldo por hora y total de sueldos devengados desglosados mes por mes.

**SERVICIOS POR CONTRATO EQUIVALENTES A UN PUESTO**

1. Certificación indicativa de los siguiente:
  - Si los servicios se prestaron diariamente, el lugar y el horario.
  - Si los servicios prestados eran equivalentes a un puesto, indicar el nombre del puesto.
  - Si la compensación era a base mensual, fija o por hora, indicar el número de horas por mes.

**DEVOLUCIÓN DE APORTACIONES RETIRADAS**

1. Expediente inactivo correspondiente al periodo reembolsado o evidencia del reembolso efectuado (si dispone de ella).
2. Certificación negativa del expediente con Hoja de Servicios, indicativa de los periodos, sueldo y descuentos para retiro expedida por la Agencia para la cual prestó los servicios (si aplica).

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

**Página 2 de 2**

JUNTA DE  
**RETIRO**  
DEL GOBIERNO DE  
PUERTO RICO



JUNTA DE RETIRO DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO  
PO Box 42003 San Juan, PR 00940-2203 / Tel. 787-777-1500 / [www.retro.pr.gov](http://www.retro.pr.gov)