



NUEVO PLAN DE APORTACIONES DEFINIDAS Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEMOGRÁFICOS

Ingreso Cambio Actualización

Para todo participante que ingrese al servicio público por primera vez, en o después del 23 de agosto de 2017 (Ley 106-2017).

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.		
_____		_____		
Ciudad	Estado	Zip + 4	Núm., Calle, Ave., Apt., Ste.	
			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		
Si prestó servicios en el gobierno anteriormente, indique el Sistema de Retiro que aplique:	<input type="checkbox"/> Gobierno	<input type="checkbox"/> Judicatura	<input type="checkbox"/> Maestros	<input type="checkbox"/> UPR	<input type="checkbox"/> AEE

SECCIÓN III. APORTACIÓN INDIVIDUAL AL PROGRAMA

Autorizo a cambiar mi aportación mensual conforme al porcentaje seleccionado:

Mínimo: 8.50% 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 23 de agosto de 2017. Marque con según aplique.

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.

*Los Participantes del Nuevo Plan de Aportaciones Definidas podrán variar el porcentaje que desean aportar a dicho Plan de tiempo en tiempo, pero nunca podrá ser menos del porcentaje mínimo requerido por la Ley Núm. 106 del 23 de agosto del 2017.

Para todo participante que ingrese al servicio público por primera vez, en o después del 23 de agosto de 2017 (Ley 106-2017).

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 (día/mes/año)	Retribución Mensual (Incluye diferencial con visio de permanencia)	Núm. Participantes Afectados
------------------------------------	---	------------------------------

Diferencial Anual (si hay alguno)	Importe Aport. Individual	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	Puesto que Ocupa	Firma	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.

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Página 2 de 2

