

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
SISTEMA DE RETIRO PARA MAESTROS  
P. O. BOX 191879 SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-1879  
**SOLICITUD PARA PRÉSTAMO CULTURAL**

**I. INSTRUCCIONES**

1. Para ser elegible al préstamo, el participante deberá estar en servicio activo, cotizando al Sistema, tener contrato permanente, probatorio o tener nombramiento transitorio por un año y haber cotizado no menos de dos años consecutivos o ser pensionado del Sistema.
2. El préstamo podrá incluir los gastos de viaje de acompañantes bajos las condiciones estipuladas en el Reglamento.
3. Si el participante incluye su cónyuge con el préstamo y éste trabaja para una Agencia del Gobierno que cotice para el Sistema de Retiro de los Empleados del E.L.A. (ASR), deberá acompañar una Certificación de Empleo de la Oficina de Recursos Humanos de dicha Agencia.
4. La cantidad a prestarse no será mayor a \$5,000, ni mayor del costo del viaje, ni la cantidad que pueda pagar conforme a su capacidad de pago sin comprometer más del 40% de su sueldo neto. Se otorgará un solo préstamo cultural.
5. De no existir copia del Acta de Nacimiento del solicitante en los archivos del Sistema de Retiro para Maestros, ésta deberá ser sometida junto con esta solicitud.
6. Esta solicitud debe ser llena en todas sus partes y deberán proveer una copia de identificación con foto vigente ya sea, licencia de conducir, pasaporte, tarjeta electoral o cualquier otra identificación con foto expedida por una Agencia de Gobierno, ya sea estatal o federal.
7. Agencia de viajes certificada tiene que colocar sello en la página 3 de esta solicitud.

**IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD (Para ser completada por el SRM)**

Número de la Solicitud \_\_\_\_\_ Solicitud Relacionada \_\_\_\_\_  
Fecha de Radicación \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Para ser completado por el Solicitante)**

Nombre del Solicitante (Según aparece en el ID provisto)		Dirección de la Escuela o Agencia donde trabaja (Incluya el pueblo y el código postal) (N/A pensionados)	
Número Seguro Social	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	_____	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	
Dirección Postal (Incluya pueblo, país y el código postal)		Teléfono de la escuela o Agencia (N/A pensionados)	
Dirección Residencial (marque aquí en caso de ser igual a la postal) <input type="checkbox"/>		Status participante:	
Urb., Sector, Bo. _____		<input type="checkbox"/> Activo	
Calle, Km., Núm. Res. _____		<input type="checkbox"/> Pensionado	
Pueblo, Estado, Código Postal _____		Nombre y apellidos del cónyuge	
Teléfono Res. _____ Cel. _____		Número de Seguro Social del cónyuge	
Nombre de la Escuela o Agencia donde trabaja (N/A pensionados)		Ocupación del cónyuge	
		Patrono del cónyuge	

**Certifico que la información provista en esta solicitud es cierta y correcta y que cualquier representación intencional o negligente en la información contenida en la presente solicitud podría resultar en: 1) anulación de la misma; 2) responsabilidad civil, incluyendo pero no limitándose a reclamación de daños como consecuencia de falsa representación hecha en esta solicitud; 3) acción bajo el código penal de Puerto Rico. De existir atrasos con el SRM, deberá saldar los mismos antes de la concesión del préstamo.**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

**II. DATOS DE LA AGENCIA DE VIAJES**

Cantidad Solicitada \$		Nombre y Dirección Postal de la Agencia de Viajes _____ _____
Fecha de Salida	Fecha de Regreso	

Acompañantes:

<u>Nombre y Apellidos</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**III. CERTIFICACIÓN DE NOMBRAMIENTO Y CONTRATO (Si es participante activo)**

ESTA SECCIÓN ES PARA SER COMPLETADA POR LA OFICINA DEL SUPERINTENDENTE DE ESCUELAS O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO. PARA LOS EMPLEADOS DEL SRM, ESTA SECCION DEBERA SER COMPLETADA POR LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA O SE EXPIDA UNA CERTIFICACION CORRESPONDIENTE. FAVOR DE NO USAR MARCAS, SUBRAYADOS, CORRECCIONES, PARTES TACHADAS, BORRADURAS Y ABREVIATURAS.

Certifico que \_\_\_\_\_, número de Seguro Social es \_\_\_\_\_,  
(Nombre, Apellidos Paterno y Materno)

está en servicio activo en este Distrito Escolar de \_\_\_\_\_ durante el presente año escolar \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

en el puesto de \_\_\_\_\_ con status \_\_\_\_\_ devengando un  
(Elemental, Intermedia, Superior) (Permanente, Probatorio o Transitorio)

sueldo mensual de \$ \_\_\_\_\_. Certifico, además, que el referido maestro  sí  no ha solicitado licencia en el presente curso escolar por \_\_\_\_\_ efectiva en  
(Razón)

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y cuya fecha de reinstalación fue el  
día mes año día mes año

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
día mes año

Fecha

Superintendente de Escuela o su Representante autorizado

Fecha

Oficina de Recursos Humanos del SRM

**IV. CERTIFICACIÓN DE PENSION (SI APLICA)**

Certifico que \_\_\_\_\_ número de Seguro Social es \_\_\_\_\_ disfruta de  
(Nombre, Apellidos)

una pensión por \_\_\_\_\_ del Sistema de Retiro para Maestros, por \$ \_\_\_\_\_  
(Años servicio, incapacidad o Edad)

Neto es \$ \_\_\_\_\_. Descuentos: Personal \$ \_\_\_\_\_ Cultural \$ \_\_\_\_\_ Hipotecario \$ \_\_\_\_\_

Ultima nómina \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
día mes año

Fecha de Certificación

Nombre y Firma del Director del Área de Servicios de Retiro  
o su Representante Autorizado

### CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA DE VIAJES

Certifico que \_\_\_\_\_ tiene reservaciones confirmadas con esta Agencia para viajar a \_\_\_\_\_ en compañía de las siguientes personas:

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Estos pasajeros saldrán el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y regresarán el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

¿Solicita dieta?  Sí  No

Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Los costos asociados al viaje son:

Hospedaje \$ \_\_\_\_\_  
Costo aéreo \$ \_\_\_\_\_  
Costo terrestre \$ \_\_\_\_\_  
Cruceros \$ \_\_\_\_\_  
Boletos y excursiones \$ \_\_\_\_\_

Cantidad Comidas Incluidas  
Desayunos: \$ \_\_\_\_\_  
Almuerzos : \$ \_\_\_\_\_  
Cenas : \$ \_\_\_\_\_

Total \$ \_\_\_\_\_ Seguro Social Patronal Agencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE LICENCIA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO O AGENCIA CORRESPONDIENTE  
(Colocar el Sello aquí)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y PUESTO

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

**Observaciones:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA