ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Sistema de Retiro para Maestros

SRM-SB-005
Rev. Nov. 15

Área de Servicios de Retiro

Solicitud de Reembolso de Aportaciones

INFORMACIÓN SOBRE EL PARTICIPANTE

Nombre y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Seguro Social

Dirección Postal	Dirección Residencial ☐ Igual a la Postal

Fecha Renuncia	Teléfonos	Sexo	Correo Electrónico
	Residencia:	☐ Femenino	
	Celular:	☐ Masculino	

INFORMACIÓN ACTUAL

Nombre del Patrono Actual:	

Préstamo con el Sistema de Retiro para Maestros (SRM) ☐ Sí ☐ No

De contestar afirmativo, favor indicar Tipo de Préstamo ☐ Hipotecario ☐ Personal ☐ Viaje Cultural

DEPARTAMENTO O AGENCIA ANTERIOR

Años (día/mes/año)		Nivel o Categoría	Pueblo	Posible Nombres que Usted Haya Utilizado (Apellidos de soltera, casada)
Desde	Hasta			

OTROS SISTEMAS DE RETIRO EN LOS QUE HA COTIZADO

Nombre del Sistema de Retiro	Periodo Cotizado

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO que actualmente no ocupo puesto alguno en el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus Instrumentalidades y no pertenezco ni tengo deudas con ningún Sistema de Retiro del Gobierno y la información suministrada en esta solicitud es fiel y exacta.

Además, CERTIFICO que he sido orientado sobre las consecuencias del retiro de mis aportaciones del SRM y deseo continuar con el proceso del reembolso.

Firma _____ Fecha (D-M-A) _____

235 Ave. Arterial Hostos, Edif. Capital Center
Torre Norte, Hato Rey
PO Box 191879, San Juan, PR 00919-1879
Tel: (787) 777-1414; Fax: (787) 759-2883
www.srm.pr.gov

SRM Estado Libre Asociado de Puerto Rico Sistema de Retiro para Maestros

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Sistema de Retiro para Maestros

SRM-SB-005
Rev. Nov. 15

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Esta solicitud debe estar acompañada de los siguientes documentos:

1. Certificación expedida por la Oficina de Recursos Humanos del Departamento de Educación (DE) donde conste la fecha de su renuncia o cese.

2. Certificación expedida por la División de Nóminas del DE sobre Factura de Cuentas.

3. Certificación expedida por la Asociación de Empleados del ELA haciendo constar la deuda que tiene con dicha entidad, después de acreditarse sus ahorros.

4. Copia de identificación con foto vigente.

5. Declaración Jurada de tener diez (10) años o más renunciando al derecho de recibir pensión.

PARA USO DE SRM

Certifico que he recibido todos los documentos requeridos para la radicación de la solicitud de Reembolso de Aportaciones del Participante _____ con Seguro Social _____

Observaciones:

_____

_____

_____

_____	_____	_____
Nombre del Empleado	Firma del Empleado	Fecha