

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

HOJA INFORMATIVA SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SEPARACIÓN DEL SERVICIO

EN LA FACULTAD/UNIDAD

- A. Redactar la carta de renuncia. La misma debe incluir la siguiente información:
- 1 Título del puesto, Departamento/ Oficina y Facultad/ Decanato
 - 2 Fecha exacta en la que será efectiva la renuncia.
 - 3 Razón de la separación (renuncia o jubilación).
 - 4 Visto bueno del Director (a) de la unidad.
 5. El por conducto del Decano (a) de la Facultad/Unidad.
 6. Dirigida a la autoridad nominadora del Recinto-Rector (a).

La carta de renuncia debe someterse con por lo menos 45 días de anticipación para ser efectiva al final del semestre académico (30 de junio o 31 de diciembre) en el caso del personal docente y con 30 días de anticipación por el personal no docente. **Si el propósito de la renuncia es acogerse a los beneficios de jubilación, recomendamos que presente la misma con seis (6) meses de antelación.**

- B. Entregar la carta de renuncia al Oficial o Personal Administrativo de su unidad, quien enviará la misma a la Oficina de Recursos Humanos junto con los siguientes documentos:
- 1) Carta borrador de aceptación de renuncia. Importante brindar la dirección postal más reciente.
 - 2) Certificación de Entrega y Devolución de la Propiedad (Modelo 324-Feb. 2019). Una vez que esté firmado por el empleado y por el Auxiliar de la Propiedad de la unidad, deberá tramitarlo a la Oficina de Propiedad del Recinto.
 - 3) Notificación de Separación de Servicio e Inactivación de Nómina (ORH-T-003 rev. en sept. 2008). Este formulario se distribuye según se indica en la parte superior derecha del mismo. Enviar copia a la Oficina de Recursos Humanos.
 - 4) Certificación Relevó de Responsabilidad (Modelo ORH-T-005, rev. en mayo 2014).
 - 5) Formulario de Horas Requeridas para Retirados, Cesanteados, Renuncias, Traslados, Licencias sin Sueldo y Licencias Militar de la Oficina de Ética Gubernamental.

EN LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS (ORH)

- A. Solicitar la Certificación de Desglose de Sueldo para el Sistema de Retiro al momento de someter su carta de renuncia (Solo aplica en caso de jubilación).
- B. Llenar y entregar los siguientes formularios **EN EL MES DE EFECTIVIDAD DE SU RENUNCIA (según aplique)**
- 1) Solicitud de Opciones para Retirar Ahorros y para Socio en Continuidad (AE-61). La División de Certificaciones de la Oficina de Recursos Humanos refiere este documento a la Oficina de Nóminas. Una vez procesada su liquidación, la Oficina de Nómina se comunicará con usted para devolverle este documento debidamente completado.
 - 2) Solicitud para Continuar acogido al Seguro por Muerte y Autorización de Descuentos de la Pensión (AE-38).
 - 3) Solicitud de Beneficio por Años de Servicio Asegurados (AE-42)

Le recomendamos que visite el Departamento de Seguros de AEELA para recibir la orientación sobre estos documentos.

C. En su último día de trabajo:

- 1) Entregar la tarjeta de identificación.
- 2) Firmar y entregar su registro de asistencia (tarjeta, hoja de asistencia o informe semestral).

EN LA OFICINA DE NÓMINA (LUEGO DE LA FECHA DE RENUNCIA)

A. Radicar las siguientes certificaciones ¹:

1. **Certificación de Radicación de Planillas (últimos 5 años)-Modelo SC 6088 del Departamento de Hacienda-** De no haber rendido planilla para los últimos cinco años o alguno de esos años deberá completar el Modelo SC 2781 para indicar las razones por las cuales no estuvo obligado a rendir planillas. Enlace: [https://suri.hacienda.pr.gov/ /](https://suri.hacienda.pr.gov/)
2. **Certificación de Deuda (Modelo SC6096) del Departamento de Hacienda-** De estar casado, debe traer la de usted y la de su cónyuge. [https://suri.hacienda.pr.gov/ /](https://suri.hacienda.pr.gov/)
De estar acogido a los beneficios de la Ley de Quiebras, y figure con deuda contributiva, deberá obtener una Certificación de la Sección de Quiebras del Negociado de Recaudaciones.
3. **CRIM - Certificación de Todos los Conceptos (con los sellos o evidencia de pago).** Si este documento refleja alguna deuda, deberá incluir el Estado de Cuenta de la Propiedad. Enlace: <https://www.crimpr.net/>
4. **ASUME — Certificación de la Administración para el Sustento de Menores.** Enlace: <http://www.asume.pr.gov/Pages/default.aspx>
5. **Asociación de Empleados — AEELA 196 "Certificación de Balance Tentativo"** . Se solicita en el Piso 2 de Plaza AEELA o mediante este correo electrónico: servicioalsocio@aeela.com
6. **Certificación de Deuda de Universicoop-** Puede solicitarla mediante este correo electrónico: servicio@universicoop.com tenga o no cuenta con esta institución.
7. **Certificación de la HEEND -** Sólo aplica si está afiliado. Se solicita en la Oficina Central de la Hermandad de Empleados Exentos No Docentes o mediante el siguiente correo electrónico: hermandadupr@gmail.com

Cualquier información adicional, con respecto al trámite de renuncias, puede comunicarse con la Oficina de Recursos Humanos a las siguientes extensiones:

- Ext.84443-Sección de Licencias Extraordinarias/Renuncias(correo electrónico: carmen.aponte2@upr.edu)
- Ext.84433 y 84453 –Sección de Beneficios Marginales (Plan Médico) correos electrónicos: melany.algarin@upr.edu, aurea.luyanda1@upr.edu)
- Ext. 84423 y 84422 -Sección de Certificaciones (correo electrónico: israel.tirado1@upr.edu)

¹ Si va a residir fuera del país, favor de comunicarse a las extensiones 84250 y 84281, para coordinar la entrega de los documentos antes de la fecha del viaje o escribir al correo electrónico: nominas.rp@upr.edu . Los documentos de Hacienda, CRIM y ASUME no deben haber sido expedidas por un periodo mayor de 30 días calendario.

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras
Oficina de Recursos Humanos

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN O SERVICIOS

Nombre del Empleado _____ # Empleado /Seguro Social _____
con los dos apellidos

Decanato /Oficina _____

Ext. Trabajo _____ Núm. Celular _____

- Certificación Años de Servicios (desglose/jubilación) _____
- Empleo y Sueldo
- Licencias Extraordinarias que ha tenido (*Sin sueldo, Con sueldo, Ayuda Económica, en Servicio, Sabática, etc*)
- Tiempo No Cotizado al Sistema de Retiro _____
- Certificación Cooperativa
- Plan Médico (Período/Plan Médico Seleccionado) _____
- Otros: _____

Indique lo siguiente:

Fecha en que comenzó a trabajar en el Recinto: _____

Propósito de la certificación: _____

Fecha de la renuncia o jubilación: _____

Español Inglés

- Pasaré por la Oficina de Recursos Humanos a recoger la información solicitada
- Favor enviar la información por correo interior
- Favor enviar la información a la siguiente dirección: _____

Fecha _____

Firma del Solicitante _____

LEA TODOS LOS REQUISITOS Y LAS INSTRUCCIONES AL DORSO DE ESTA SOLICITUD

DATOS DEL SOCIO

Nombre y apellidos _____ Seguro social _____ Fecha de nacimiento _____
Día/ Mes/ Año _____

Dirección residencial _____

Dirección postal _____

Teléfono móvil _____ residencial _____ Correo electrónico _____

Nombre y dirección del pariente más cercano que no viva con usted _____ Teléfono _____

Indique si en los pasados 5 años ha solicitado una liquidación de ahorros y dividendos por una enfermedad catastrófica Sí No

COMPLETE ESTA SECCIÓN CUANDO EL SOCIO TIENE UN TUTOR LEGAL

Nombre y apellidos _____ Seguro social _____

Dirección residencial _____

Dirección postal _____

Teléfono móvil _____ residencial _____ Correo electrónico _____

Complete el inciso que aplique al estatus al momento que presenta esta solicitud:

PENSIONADO - Sistema de: Retiro Empleado de Gobierno y la Judicatura Retiro UPR Retiro Maestros Retiro AEE

EMPLEADO - Separación del servicio de la entidad gubernamental: _____

PUESTO	FECHA DE COMIENZO	FECHA DE TERMINACIÓN	RAZÓN PARA TERMINAR
			<input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Cesantía o despido <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Terminación de contrato <input type="checkbox"/> Otros: _____

Indique si ha estado en licencia sin sueldo No Sí Desde _____ Hasta _____

Informe si pasará a trabajar a otra entidad gubernamental: _____ Fecha _____

MARQUE LA OPCIÓN PARA DISPONER DE LOS AHORROS ACUMULADOS

- A - SOCIO EN CONTINUIDAD
- B - LIQUIDACIÓN PARCIAL AHORRO POR LA CANTIDAD DE \$ _____
- C - CONTINUIDAD DE AHORRO CON OPCIÓN SOBRE LA DEUDA DE PRÉSTAMO
 Con la opción B o C puede optar por lo siguiente sobre su deuda de préstamo:
 - Abonar la cantidad de \$ _____ o el _____ %
 - Cancelar el total de la deuda
- D - RETIRO TOTAL
 Determinación sobre deuda de la tarjeta de crédito
 - Saldar Abonar la cantidad de \$ _____

AUTORIZACIÓN PARA APORTAR AHORROS

Autorizo a que al certificar esta solicitud la AEELA notifique al sistema de retiro al que pertenezco que de mi pensión mensual descuento y le remita directamente a ésta la aportación de ahorros que solicito a continuación. Entiendo que el ingreso conlleva que se descuente ininterrumpidamente el ahorro estatuario establecido o un porcentaje mayor que indique.

- 3% Aportación ahorro estatuario.
- _____ % a que aumento la aportación. Entiendo que la aportación se podrá rebajar una vez transcurrido, al menos, un año de haberse aumentado.

CERTIFICACIÓN

Entiendo que esta solicitud se atenderá según la opción que he seleccionado. Reconozco y convengo que el trámite podrá requerir que se aplique a cualquiera de las deudas que haya contraído con la Asociación, los gravámenes y créditos que establece la Ley 9-2013. Cualquier deuda que quede pendiente de pago, una vez sea notificada por la Asociación, se descontará mensualmente de la pensión o se emitirá un plan de pago, cuando no haya otro convenio para el saldo de la cuantía total.

Firma del Solicitante

Fecha

Huella (cuando no sepa leer o escribir)

Nombre del Testigo o Tutor
(Cuando sea requerido)

Fecha

Firma del Testigo o Tutor

CERTIFICACIÓN DE ENTIDAD GUBERNAMENTAL O SISTEMA DE RETIRO

Complete todos los encasillados. Evite borrones o tachaduras en el documento; si ocurre, escriba las iniciales en el cambio realizado.

Nombre del Socio _____ Seguro Social _____

Entidad Gubernamental en la que trabaja _____ Sistema de Retiro al que pertenece _____

Fecha de efectividad del cese o renuncia _____ Razón para el cese _____

Indique si estuvo en Licencia sin Sueldo Desde _____ Hasta _____

Desde _____ Hasta _____

Desde _____ Hasta _____

LOS DESCUENTOS A CONTINUACIÓN SE REALIZARON PARA AEELA Y SE DESCONTARON DEL SUELDO O PENSIÓN MENSUAL DURANTE EL PERÍODO SIGUIENTE (incluya al menos últimos tres (3) descuentos):

MES Y AÑO	AHORROS	SEGURO	PRÉSTAMO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CUANTÍA DE PAGO GLOBAL A
REMITIRSE EN ESTE CASO:

\$

Certifico que he verificado la información ofrecida y la misma es correcta

Preparado por _____

Firma Director de Recursos Humanos o
Representante Autorizado _____

Teléfono Funcionario Autorizado _____

Fecha de Certificación _____

REQUISITOS

- Incluya una Certificación de ASUME que sea expedida dentro de un período de noventa (90) días.
- Incluya la Certificación del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y la Judicatura, según aplique.
- La solicitud se puede enviar por correo o a través de la entidad gubernamental, siempre que se acompañe con todos los documentos e identificación que aquí se especifican; excepto la solicitud del socio que no sabe leer o escribir o que por incapacidad está bajo la responsabilidad de un tutor legal. Vea las instrucciones a continuación.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

1. Complete **todos** los encasillados y escriba en letra de molde.
2. El solicitante debe presentar una identificación que tenga foto y firma vigente. Las identificaciones consideradas aceptables son: licencia de conducir expedida por una autoridad de Puerto Rico, Estados Unidos o por uno de sus estado, pasaporte o identificación de empleo expedida por entidades gubernamentales. Se podrá aceptar la tarjeta electoral del solicitante, siempre y cuando éste la muestre voluntariamente.
3. Cuando el solicitante no sabe leer o escribir la solicitud la debe entregar personalmente en la oficina central o en una sucursal de AEELA. Debe comparecer acompañado de un testigo que lo identifique y que sepa leer y escribir. No se aceptarán solicitudes en las que se hayan impreso las huellas dactilares sin que estuviere presente un empleado o representante autorizado de AEELA.
4. Si al presentar esta solicitud el socio está incapacitado, la persona encargada debe presentar evidencia de que es el tutor legal autorizado por el tribunal. El tutor legal debe proveer toda la información que se le requiere en el espacio provisto en la solicitud.
5. Marque con una X en el espacio provisto para seleccionar la opción de continuidad de ahorro o de retiro.
6. Marque con una X en el espacio provisto el porcentaje que autoriza que el sistema de retiro descuenta para ahorros.
7. El solicitante debe firmar en el espacio provisto e incluir la fecha en que firma la solicitud para evitar que le sea devuelta. Igualmente debe firmar el testigo o el tutor, en los casos que aplique.
8. Certifique la solicitud en la entidad gubernamental. Ésta es imprescindible para tramitar la solicitud. Asegúrese que la entidad la completó en todas sus partes y que no contenga borrones o tachaduras.

SOLICITUD PARA CONTINUAR ACOGIDO AL SEGURO POR MUERTE Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS DE LA PENSIÓN

ORIGINAL - Asociación (AEELA)
COPIA - Asociado

1. NOMBRE Y APELLIDOS		2. NÚM. EMPLEADO	3. NÚM. SEGURO SOCIAL
4. DIRECCIÓN POSTAL	5. TELÉFONO	6. FECHA DE NACIMIENTO Mes / Día / Año	7. PLAN DE SEGURO

El Artículo 34 de la Ley 9-2013 dispone que los empleados que pertenecen al Seguro por Muerte, que cesen en sus empleos, podrán continuar acogidos al Seguro por Muerte si así lo notifican por escrito a la Asociación. TIENE SESENTA (60) DÍAS CALENDARIOS, A PARTIR DE LA FECHA DE CESE, PARA RADICAR ESTA SOLICITUD. Recuerde que todo asegurado que deje al descubierto su seguro por más de seis (6) meses consecutivos perderá el derecho al mismo. Evite que esto ocurra pagando a tiempo su seguro, una vez aprobada su solicitud para continuar acogido al Seguro por Muerte.

_____ FIRMA _____ FECHA _____

Si desea continuar Acogido al seguro como socio (a), luego de haber liquidado sus ahorros a través de pago directo, inicie y firme.

Prima \$ _____ Iniciales _____

CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA

(FAVOR DE LLENAR TODOS LOS ENCASILLADOS)

CERTIFICO COMO CORRECTOS LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre empleado _____

Depto., Agencia o Instrumentalidad Pública _____

Fecha de aceptación de la renuncia _____ Fecha de cese _____
Mes / Día / Año Mes / Día / Año

Razón de cese _____ SISTEMA DE RETIRO QUE PERTENECE: _____

En licencia sin sueldo: Desde _____ hasta _____
Mes / Día / Año Mes / Día / Año

Se descontaron cuotas para seguro de la Asociación hasta _____
Mes / Día / Año

_____ FECHA DE RECIBIDO EN LA AGENCIA _____ NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, JEFE PERSONAL O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO Y TELÉFONO _____

_____ FECHA DE CERTIFICACIÓN _____ FIRMA, JEFE PERSONAL O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO _____

LLENE SÓLAMENTE SI SE VA A PENSIONAR

La Ley Núm. 9-2013, conocida como Ley de la Asociación de Empleados del ELA, confiere el derecho a los Pensionados Acogidos al Seguro por Muerte que lo autoricen, a continuar aportando de su pensión para el Fondo de Ahorro y Préstamos y poder así tener derecho a hacer préstamos y a otros beneficios. También se confiere el derecho, si lo autoriza previo a la jubilación, a continuar cotizando ahorros de su pensión, sin interrupción ni liquidar la cuenta. Establece, además, que para disfrutar de este beneficio las cuotas del Seguro por Muerte deben ser descontadas de la pensión. A tales fines, yo, como Pensionado Acogido al Seguro por Muerte de la Asociación de Empleados del ELA, AUTORIZO AL SISTEMA DE RETIRO, a que descuento de mi pensión y remita directamente a la Asociación las aportaciones que correspondan, según indico a continuación.

Autorización de Descuentos de la Pensión (Escoja una de las siguientes opciones)

Si desea continuar Acogido Liquidando Ahorros, escoja una de las siguientes, inicie y firme:

DESCUENTO DE SEGURO SOLAMENTE \$ _____
Iniciales _____

DESCUENTO DE SEGURO Y AHORROS 3% Mayor 3% Indique % _____
Iniciales _____

Si desea mantenerse en Continuidad Sin Liquidar Ahorros, seleccione, inicie y firme.

DESCUENTOS CONSECUTIVOS DE SEGURO, AHORRO Y PRÉSTAMO, SIN LIQUIDAR CUENTA (SOCIO ACOGIDO EN CONTINUIDAD)

Solicito mantenerme vinculado a la AEELA como Socio Acogido en Continuidad.
 Sin cancelar deuda Cancelando deuda

Autorizo el siguiente Descuento de Ahorros: 3% Mayor 3% Indique % _____

_____ Iniciales Socio _____

Es necesario que verifique mensualmente en su talonario del cheque de la pensión que su Sistema de Retiro le efectúe los descuentos correspondientes según indicado. Si los descuentos no se reflejan en su cheque, deberá realizar los pagos directamente a esta Asociación y comunicarse con nuestros Departamentos de Seguros y Cobros. Recuerde que todo asegurado que deje al descubierto su seguro por más de seis (6) meses consecutivos perderá el derecho al mismo. Evite que esto ocurra pagando a tiempo su seguro, una vez aprobada su solicitud para continuar acogido al Seguro por Muerte. En caso de que solicite quedar acogido en continuidad, cancelando su deuda vigente sin liquidar, deberá completar el formulario AEELA - 790, además de esta solicitud, y presentar el mismo en el Departamento de Cobros.

_____ Firma _____ P.O. BOX 364508 SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-4508 _____ Fecha _____

I N S T R U C C I O N E S

Solicitud para Continuar Acogido al Seguro por Muerte y Autorización de Descuento de la Pensión

1. Debe ser completada por los socios asegurados que estén en trámite de renuncia, separación de su empleo en el servicio público o jubilación por años de servicios. Tienen sesenta (60) días calendario, a partir de la fecha de cese para radicar esta solicitud.
2. Llene la misma con tinta en letra de molde o a maquinilla y fírmela.
3. La certificación de la agencia es imprescindible para la tramitación de esta solicitud. Asegúrese de que esté llena en todas sus partes.
4. Una vez certificada, remita esta solicitud directamente al Departamento de Seguros de la Asociación de Empleados del ELA.
5. En caso de que solicite quedar acogido en continuidad, cancelando su deuda vigente sin liquidar, deberá completar el formulario AEELA - 790, además de esta solicitud, y presentar el mismo en el Departamento de Cobros.

SOLICITUD DE BENEFICIO POR AÑOS DE SERVICIO ASEGURADOS

VER INSTRUCCIONES AL DORSO

I - INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE			
Nombre	Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Teléfono
Dirección Física		Dirección Postal	
Pueblo	Código Postal	Pueblo	Código Postal
Fechas			
Indique la (s) Entidad Gubernamental (es) donde ha Trabajado		Desde	Hasta
A)			
B)			
C)			
Conteste las siguientes preguntas			
¿Fecha ingresó al seguro? _____ Mes / Día / Año ¿Cambió de categoría de Seguro? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input type="checkbox"/> No	¿Perdió el seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input type="checkbox"/> No _____ Fecha de Solicitud	¿Ha vuelto a ingresar al seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input type="checkbox"/> No _____ Firma del Solicitante Correo Electrónico _____	
II - CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD GUBERNAMENTAL			
Certifico que _____ Seguro Social _____			
Cesó de trabajar en esta Entidad Gubernamental en _____ <small style="margin-left: 300px;">Mes / Día / Año</small>			
Disfrutó de Licencia sin Sueldo desde _____ hasta _____ <small style="margin-left: 100px;">Mes / Día / Año</small> <small style="margin-left: 150px;">Mes / Día / Año</small>			
Fecha último descuento de Seguro _____ Correo Electrónico _____			
_____ Nombre de la Entidad Gubernamental		_____ Nombre Director de Personal o su Representante Autorizado	
_____ Fecha de Certificación		_____ Firma Director de Personal o su Representante Autorizado	
III - CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD GUBERNAMENTAL O SISTEMA DE RETIRO QUE PAGA LA ANUALIDAD O PENSIÓN			
UNA VEZ SE LE APRUEBE LA PENSIÓN O ANUALIDAD DEBERÁ CERTIFICAR ESTE FORMULARIO EN EL SISTEMA DE RETIRO O ENTIDAD GUBERNAMENTAL A LA CUAL PERTENECE.			
Certifico que a _____ Seguro Social _____			
se le aprobó la pensión o anualidad efectivo al _____ Correo Electrónico _____ <small style="margin-left: 300px;">Mes / Día / Año</small>			
_____ Nombre del Sistema de Retiro o Entidad Gubernamental al cual Pertenece		_____ Nombre Director o su Representante Autorizado	
_____ Fecha de Certificación		_____ Firma Director o su Representante Autorizado	

INSTRUCCIONES

1. Llene esta solicitud en original y letra de molde.
2. La parte II de este formulario debe ser certificada por la Entidad Gubernamental donde trabajó por última vez.
3. La parte III de este formulario debe ser certificada por el Sistema de Retiro al cual pertenece o a la Entidad Gubernamental que pagará la Anualidad.
4. Radique esta solicitud en el Departamento de Seguros de la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (AEELA) o en cualesquiera de nuestras Sucursales.

IMPORTANTE QUE USTED CONOZCA

El derecho al Beneficio por Años de Servicio Asegurados (BAS) se adquiere luego de haber estado asegurado durante un período de tiempo no menor de 10 años y reciba o cualifique para recibir una pensión o anualidad por años de servicio bajo el sistema de Retiro al cual está acogido o la Entidad Gubernamental que pagará la anualidad.

Todo asegurado que al cese cumpla con lo anterior, que solicite la liquidación de su cuenta, continúe o no acogido al seguro, tendrá derecho al pago del BAS, siempre que la deuda vigente sea saldada con los ahorros y dividendos acumulados. De no ser así, se aplicará el monto del beneficio al balance adeudado. En los casos que se mantengan acogidos como socios en continuidad sin liquidar la cuenta, procederá el pago del BAS indistintivamente del balance adeudado.

Para la liquidación de sus ahorros y dividendos acumulados, deberá llenar el formulario AEELA - 61 "Solicitud opciones para retirar Ahorros y para Socio en Continuidad" junto a una certificación de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME). Se deben someter a la Sección de Orientación y Servicios del Departamento de Cobros o cualquiera de las Sucursales de la Asociación



**FORMULARIO DE
HORAS REQUERIDAS PARA RETIRADOS,
CESANTEADOS, RENUNCIAS, TRASLADOS, LICENCIAS SIN
SUELDO Y LICENCIAS MILITAR**

Centro para el Desarrollo del Pensamiento Ético

Urbanización El Paraíso #108 Calle Ganges
San Juan, Puerto Rico 00926-2906
(787) 999-0246

e-mail: registro@oeg.gobierno.pr o
registro@eticagubernamental.com

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Agencia:		
Región: (Si aplica)		
Área o División:		
Puesto:		
Fecha de: _____		
<input type="checkbox"/> retiro <input type="checkbox"/> cesantía <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> licencia sin sueldo <input type="checkbox"/> licencia militar		
Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____	Correo electrónico: _____	Teléfono: Agencia: _____ Celular: _____
Periodo bienal (fecha)	Horas acreditadas por el CDPE	Horas acreditadas por convalidación
Certifico que la información suministrada es correcta, cierta y válida para los efectos de horas de educación continua. En caso de incluir información que a sabiendas me conste es falsa puedo ser objeto de sanciones bajo la Ley 1-2012, Ley de Ética Gubernamental.		

Firma: _____

Fecha: _____

NOTA: DEBE INCLUIR COPIA DE LA CARTA O GESTIÓN OFICIAL QUE INDIQUE LA FECHA EN QUE SE REALIZARÁ O SE REALIZÓ EL PROCESO DE RETIRO, CESANTÍA, RENUNCIA, TRASLADO, LICENCIA SIN SUELDO O LICENCIA MILITAR.