



Área de Servicios de Retiro

Solicitud Transferencia de Aportaciones a Otro Sistema (OUT)

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre y Apellidos		Fecha de Nacimiento	Seguro Social
Dirección Postal		Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Igual a la Postal	
Correo Electrónico	Teléfonos		Sexo
	Residencia:	<input type="checkbox"/> Femenino	
	Celular:	<input type="checkbox"/> Masculino	

AL: SISTEMA DE RETIRO PARA MAESTROS (SRM)

Solicito que las aportaciones que he hecho al SRM sean transferidas al Sistema de Retiro de

donde ocupo actualmente el cargo de _____ en el Departamento de _____ o en la Agencia _____. Los datos sobre mi labor como personal docente (maestro, director, etc.) se indican a continuación:

Años (día/mes/año)		Nivel o Categoría	Pueblo	Posibles Nombres que Usted Haya Utilizado - Apellido de soltero(a), casado(a)
Desde	Hasta			

¿Solicitó reembolso de las aportaciones?: Sí No ¿Transfirió aportaciones de otro sistema?: Sí No
Mencione el sistema de retiro: _____

Si retiró las aportaciones efectuadas a este Sistema, debe indicar el plan de pago al cual se acogerá para reponerlas:

12 meses 24 meses 36 meses Pago Total de inmediato

Fecha

Firma

CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL DEPARTAMENTO O AGENCIA PARA LA CUAL TRABAJA ACTUALMENTE

Certifico que el empleado _____ ocupa un cargo de _____ en esta _____ siendo su nombramiento de carácter: permanente probatorio
 otro (_____)

Que actualmente es un participante del Sistema de Retiro de _____

Nombre del Director de la Oficina de Recursos Humanos

Firma del Director de la Oficina de Recursos Humanos

Fecha

NOTA: Esta certificación tiene que ser firmada por el Jefe de Personal de la Agencia o Departamento.

