



Área de Servicios de Retiro

**SOLICITUD DE SERVICIOS NO COTIZADOS (SNC) DE APORTACIONES  
RETIRADAS Y CERTIFICACIÓN DE EMPLEO**

**INFORMACIÓN SOBRE EL PARTICIPANTE**

Nombre y Apellidos		Fecha de Nacimiento	Seguro Social
Sexo		Números de Teléfonos	Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> Femenino	Res.		
<input type="checkbox"/> Masculino	Cel.		
Dirección Postal		Dirección Residencial	<input type="checkbox"/> Igual a la Postal
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

De acuerdo al derecho que me confiere el Artículo 3.6 (a) (1) de la Ley Núm. 160-2013, solicito reembolsar el importe total de las aportaciones, más los intereses acumulados para tener derecho a que se me acredite el tiempo trabajado anteriormente.

**Trabajo Actual**

Institución Privada o Dependencia Gubernamental	Puesto que Ocupa	Dirección	Teléfono
_____	_____	_____	_____

**Forma en que Intereso Pagar el Reembolso de Aportaciones**

Pago directo en el Sistema de Retiro para Maestros (SRM) conforme a:

- Un sólo pago en efectivo, giro, cheque o transferencia electrónica       Cantidad descontada en mi salario mensualmente

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha (D-M-A)

**CERTIFICACIÓN DEL PATRONO**

CERTIFICO bajo mi firma y sello de esta  Agencia Estatal  Agencia Municipal,  Agencia Privada  
\_\_\_\_\_ está trabajando actualmente en  
\_\_\_\_\_ desde el \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Funcionario Certificador

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Puesto

\_\_\_\_\_  
Fecha (D-M-A)



Sello Oficial de la Institución Privada o Dependencia Gubernamental