



# Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica

## Solicitud del Fondo de Retiro Acumulado

(Doc. F-03. Act. 25/07/2020)

Sres. Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica  
Dptos. Financiero Contable y Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento (Oficina INS).

Estimados señores:

El/la suscrito/a, de acuerdo con la **información escrita y/o verbal** brindada en la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio a cargo de los Agentes del INS, Sres. Dr. Hugo Quesada M., Ing. Ana Erika Osés C., Licda. Eriant Quesada O. y Licda. Ana Evyn Quesada O. y personal de apoyo; y **también disponible desde 1997 en el sitio web del Colegio [www.abogados.or.cr](http://www.abogados.or.cr)** /Sección Servicios/Seguridad Social, Doc. RR-01-A (punto 1.5) ; sobre el FONDO DE RETIRO ACUMULADO a mi nombre en el INS, originado en un **aporte inicial** individual que hiciera el Colegio en noviembre de 1994 al momento de trasladar la administración del Fondo de Mutualidad y Subsidios al INS por medio de un SEGURO DE VIDA UNIVERSAL COLECTIVO CON AHORRO; hoy contrato VU-Plus-001 (contrato original No. PN- 0060, emitido el 01/11/1994) y un **aporte mensual de los ingresos** por timbres (Ley 3245) que el Colegio destina para ello; y sobre el cual tengo derecho de **retirar hasta un máximo de 95% de dicho fondo al momento de cumplir los 60 años de edad o después, en tanto esté al día en la colegiatura**; es que me permito solicitar respetuosamente se me gire el monto correspondiente a esta fecha. Para tales efectos declaro mis datos personales siguientes,

Nombre y dos apellidos: \_\_\_\_\_

No. de Colegiado: \_\_\_\_\_ No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Mes y año de incorporación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Tel. Oficina: \_\_\_\_\_ Tel. Domicilio: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Tel. Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Por lo anterior, solicito, **según marca con "X" abajo indicada**, que el pago se realice de la siguiente manera:

1. ( ) Se gire ₡ \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ % del FONDO DE RETIRO a la cuenta habitual del Colegio de Abogados/as. Así mismo, autorizo expresamente en este acto al Dpto. Contable del Colegio, a descontar o rebajar de este fondo cualquier deuda por concepto de cuotas de colegiatura atrasadas u otras obligaciones.
2. ( ) Se gire ₡ \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ % del FONDO DE RETIRO **a mi persona** por transferencia bancaria a mi CUENTA IBAN No. \_\_\_\_\_ (22 dígitos) personal en colones del Banco \_\_\_\_\_ de la cual aporto documento oficial.
3. ( ) Otra forma de pago aceptada por el INS (aportar documentación de soporte) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
(Es requisito incondicional adjuntar copia de cédula y carné por ambas caras y estar al día en la colegiatura)

### ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL

Persona de la Oficina que recibe trámite : Nombre:		Fecha/hora:
Fondo acumulado BASICO según reporte de fecha:	Total ₡	/ 95 % ₡
Tiene valor acumulado VOLUNTARIO ( ) Si , ( ) No.	Total ₡	/ 95 % ₡
Retiros anteriores (fecha y monto):		
Comunicación al interesado de "pago listo" realizada: Fecha/hora:		Responsable
Notas/observaciones:		

ykm-25/7/20