



# Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica

## Solicitud del Fondo de Retiro Acumulado

(Doc. F-03. Act. 18/08/2015)

Sres. Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica  
Dptos.: Dirección Financiero Contable y Oficina de Seguridad Social

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.; **también disponible en el sitio web del Colegio [www.abogados.or.cr](http://www.abogados.or.cr)**, Sección Servicios al Agremiado, Subsección Seguridad Social, Doc. R-01(punto 1.5), sobre un FONDO DE RETIRO ACUMULADO a mi nombre, originado en: (a) 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, contrato VUC-001 (contrato original No. PN- 0060, emitido el 01 de Noviembre de 1994); (b) 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% del fondo acumulado al momento de cumplir los 60 años de edad o después**; 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 \_\_\_\_\_

Así mismo, autorizo expresamente en este acto al Dpto. Financiero Contable del Colegio, a descontar o rebajar de este fondo cualquier deuda por concepto de cuotas de colegiatura atrasadas u otras obligaciones. Por lo anterior, solicito, según marca con "X" abajo indicada, que el pago se realice de la siguiente manera:

- ( ) Se gire la totalidad del monto al Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica, a la cuenta habitual.
- ( ) Se gire ₡ \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_% del acumulado al Colegio de Abogados y Abogadas.
- ( ) Se gire: ( ) La totalidad; o la suma ₡ \_\_\_\_\_; o el \_\_\_\_% ; del acumulado **a mi persona** a retirar en la Agencia del INS de \_\_\_\_\_ o por transferencia SINPE a mi CUENTA CLIENTE No. \_\_\_\_\_ (17dígitos) personal en colones del Banco \_\_\_\_\_ y de la cual aporfo documento oficial.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

(Es requisito **incondicional** adjuntar copia de cédula y carné al día)

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

Persona de la Oficina que recibe el trámite	
Fondo acumulado BASICO según reporte de fecha _____	Total ₡ _____ / 95 % ₡ _____
Tiene valor acumulado VOLUNTARIO ( ) Si , ( ) No.	Total ₡ _____ / 95 % ₡ _____
Cantidad de retiros anteriores: ( ) 1, ( ) 2 , ( ) 3, ( ) más de tres	Monto /fecha último retiro:
Comunicación al interesado de "pago listo" realizada: Fecha _____, Responsable Of. _____	
Notas/observaciones:	