



**C. DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO
DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ
PRESENTE**

(1) FECHA DE SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

POR ESTE CONDUCTO SOLICITO EL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO DE PENSION POR:
 JUBILACION VEJEZ INVALIDEZ* INCAPACIDAD** PENSION ANTICIPADA
 LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LA LEY DE PENSIONES EN VIGOR, PARA LO CUAL PROPORCIONO Y ADJUNTO LOS SIGUIENTES DATOS Y DOCUMENTOS.

(2) DATOS GENERALES DEL(A) SOLICITANTE			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE(S)			
(3) DOMICILIO			
(4) CALLE Y NUMERO	(5) COLONIA	(6) MUNICIPIO Y ENTIDAD	(7) C. POSTAL
(8) N° TEL. CASA 10 Dígitos *		(9) N° TEL. CELULAR 13 Dígitos *	
(10) No. AFILIACION		(11) ESTADO CIVIL	
SOLTERO(A) <input type="radio"/>		CASADO(A) <input type="radio"/>	CONCUBINO(A) <input type="radio"/>
(12) FECHA DE NACIMIENTO		(13) LUGAR DE NACIMIENTO	
DIA	MES	AÑO	MUNICIPIO
(14) CORREO ELECTRONICO:			

(15) DOCUMENTOS	
HOJA DE SERVICIOS ACTUAL (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA POR EL ENTE PUBLICO) Y COPIA SIMPLE _____ CONSTANCIA DE SUELDOS ACTUAL (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA POR EL ENTE PUBLICO) _____ CONSTANCIA DE HORARIOS ACTUAL (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA POR EL ENTE PUBLICO) EN CASO DE HABER DESEMPEÑADO DOS O MAS PLAZAS O PLAZAS POR HRS _____ ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA DE ACTA DE NACIMIENTO _____ COPIA ULTIMO TALON DE PAGO(CUOTA IPE) _____ COPIA CREDENCIAL DE ELECTOR _____ COPIA DE CEDULA RFC CON HOMOCLOVE EXPEDIDA POR EL SAT _____ COPIA CURP _____ COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO: AGUA,LUZ O TELEFONO CON FECHA DE EXPEDICION RECIENTE _____ * DICTAMEN MEDICO (OFICIO DE NO APTITUD PARA LABORAR) Y RESUMEN CLINICO EXPEDIDO POR AUTORIDAD MEDICA COMPETENTE(ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA POR LA DEPENDENCIA QUE LO EXPIDE) _____	** EN CASO DE INCAPACIDAD LABORAL: REPORTE O ACTA ADMINISTRATIVA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ACTA EXPEDIDA POR MINISTERIO PÚBLICO ORIGINAL. _____ COPIA DEL CONTRATO O ESTADO DE CUENTA DE TARJETA DE NOMINA PARA EL DEPÓSITO DE LA PENSION _____ (Este documento puede ser presentado con posterioridad una vez que sea entregada la baja del servicio). EN CASO DE QUE POR DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL DEL TRABAJADOR SE REQUIERA DE <u>REPRESENTANTE LEGAL</u> , ESTE ÚLTIMO DEBERA PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PERSONALES: DILIGENCIAS DE TUTELAJE ANTE JUZGADO DE 1ª. INSTANCIA _____ COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO CERTIFICADA POR EL REGISTRO CIVIL _____ COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR _____ COPIA CURP _____ COPIA DE CEDULA RFC CON HOMOCLOVE EXPEDIDO POR EL SAT _____ COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO: LUZ O TELEFONO CON FECHA DE EXPEDICION RECIENTE _____

Aviso importante: Autorizado el beneficio solicitado, y si desea recibir atención medica del I.M.S.S., antes de solicitar su baja del servicio debe acudir personalmente al Depto. de Vigencia de Derechos del IPE con sus familiares dependientes económicos a requisitar la documentación dentro de los 45 días hábiles posteriores al vencimiento de su vigencia para proceder a su alta respectiva, y evitar que le impongan restricciones médicas o no se acepte su inscripción.

SELLO DE RECIBIDO

(16) NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

OBSERVACIONES:

**INSTRUCCIONES DE LLENADO
DEL FORMATO JUBILACION**

- (1) **FECHA DE SOLICITUD:** En este espacio se anotará la fecha en que se solicita el beneficio, iniciando por día, mes y año.
- (2) **DATOS GENERALES DEL(A) SOLICITANTE:** En este punto se deberá escribir el nombre completo del(la) solicitante, iniciando por apellido paterno, materno y nombre.
- (3) **DOMICILIO:** En los espacios (4), (5), (6) y (7) se anotará el domicilio completo y actual del(la) solicitante.
- (4) **CALLE Y NUMERO:** Anotar el nombre de la calle y número de la casa en donde habita el(la) solicitante.
- (5) **COLONIA:** Escribir la colonia en donde vive el(la) solicitante.
- (6) **MUNICIPIO Y ENTIDAD:** Apuntar el municipio en donde vive el(la) solicitante y la entidad a la que pertenece.
- (7) **CODIGO POSTAL:** Anotar el Código Postal que tiene en su domicilio el(la) solicitante.
- (8) **Nº TELEFONO DE CASA:** En este se espacio deberá registrar el Número Telefónico del(la) solicitante.(Obligatorio)
- (9) **Nº TELEFONO CELULAR:** En este se espacio deberá registrar el Número Telefónico Celular del(la) solicitante.(Obligatorio)

- (10) **Nº AFILIACIÓN:** Escribir el Número de Afiliación que tiene el(la) solicitante como derechohabiente del I.P.E.
- (11) **ESTADO CIVIL:** En este punto deberá marcar con una **X** el estado civil que tiene la persona que está solicitando la pensión.
- (12) **FECHA DE NACIMIENTO:** Apuntar la fecha de nacimiento del(la) solicitante, separado por día, mes y año.
- (13) **LUGAR DE NACIMIENTO:** En el espacio marcado para Lugar de Nacimiento, deberá escribirse el municipio en donde nació la persona que está solicitando la pensión y la entidad a la que pertenece.
- (14) **CORREO ELECTRONICO:** Deberá proporcionar una cuenta de correo electrónico del(la) solicitante.
- (15) **DOCUMENTOS:** En el apartado de documentos, también deberá marcar con una **X** los documentos que se entregan al Departamento de Vigencia de Derechos para iniciar el trámite del beneficio que se solicita.
- (16) **FIRMA DEL(A) SOLICITANTE:** Escribir el nombre y la firma del(la) solicitante.

CONSULTE EL AVISO DE PRIVACIDAD EN: <http://www.ipever.gob.mx/avisos-de-privacidad/>