



FORMATO UNIVERSAL PARA TRÁMITE DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

FOLIO:

DATOS PERSONALES

NOMBRE Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

RFC **No.EMP.** **CURP**

DOMICILIO: (10 dígitos) (no para nuevo ingreso) (18 posiciones)

CALLE **No.EXT** **No.INT** **COLONIA**

DELEG.MPIO **EDO.** **C.P.**

TELÉFONOS: EXTENSIÓN IPN **RECADOS** **CORREO ELECTRÓNICO**

DATOS LABORALES

CENTRO DE TRABAJO IPN **Z.P.**

CLAVE PRESUPUESTAL: **TIPO: DOC** **PAAE** **TURNO**

FECHA DE INGRESO: **IPN** **SEP** **GOB.FED.**
Año/Mes/Día Año/Mes/Día Año/Mes/Día

FECHA DE BAJA IPN (SOLO PARA TRÁMITE DE HOJA UNICA DE SERVICIOS Y LIQUIDACIONES)
O. MARQUE: Año/Mes/Día

EXT. 63269 **CONSTANCIA CAMBIO DE DOMICILIO ISSSTE** EXT. 63263 **AHORRO SOLIDARIO** **TARJETA SOLO PARA TI**

1. MARQUE:

1.1 ESTÍMULOS IPN **1.2. LIQUIDACIONES** **1.3. QUINQUENIO**

1.4. CANASTILLA MAT. **1.5. PAGO DE GUARDERÍA** **1.6. AYUDA POR DEFUNCIÓN**

1.1. ESTÍMULOS IPN EXT. 63257

			10	15	20	25	28	30	35	40	45	50	55	60
DOCENTE	AÑOS	5	<input type="checkbox"/>											
ADMINISTRATIVO	AÑOS	5	<input type="checkbox"/>											

(28 años) *Mujeres Jubiladas **Mujeres ***Hombres

1.2. LIQUIDACIONES (PAGO POR): EXT. 63260

JUBILACIÓN **DICTAMEN DE INVALIDEZ** **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

DEFUNCIÓN **RENUNCIA**

DATOS DEL BENEFICIARIO (Mayor de 18 años y solo una persona)

NOMBRE **PARENTESCO** **TEL.**

1.3. AJUSTE DE QUINQUENIO EXT. 63258

QUINQUENIO QUE COBRA QA/QZ-PA/PZ AA/AZ-LA/LZ **QUINQUENIO QUE RECLAMA (AÑOS DE SERVICIO)**

(aparece indicado en el comprobante de percepciones)

2. MARQUE:

2.1. CONSTANCIA DE SERVICIOS **2.2. HOJA UNICA DE SERVICIOS**

2.1. CONSTANCIA DE SERVICIOS: EXT. 63258

TIEMPO **CONFIANZA** **FOVISSSTE** **EMBAJADA**

OBSERVACIONES: (Indicar motivo por el que requiere la constancia, para determinar características del documento a elaborar)

Nota: Estoy de acuerdo en que se revise mi trayectoria laboral y que se hagan las correcciones correspondientes.

2.2. HOJA ÚNICA DE SERVICIOS: EXT. 63268, 63262

RENUNCIA	<input type="checkbox"/>	JUBILACIÓN O PENSIÓN	<input type="checkbox"/>	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>
DEFUNCIÓN	<input type="checkbox"/>	ESPECIAL PARA FOVISSSTE	<input type="checkbox"/>	DICTAMEN DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/>
COMPLEMENTO	<input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN DE F. DE PENSIONES	<input type="checkbox"/>
VIGENTE	<input type="checkbox"/>	DUPLICADO FOVISSSTE	<input type="checkbox"/>	TÉRMINO DE NOMBRAMIENTO / OTROS	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

2.3 SEGUROS: EXT. 63264

NOMBRE Y FIRMA DEL(LA) SOLICITANTE

Recepcionado por el Departamento de Prestaciones y Servicios