



		No. FOLIO	2017/0757
FECHA	<input type="text"/>	MONTO REQUERIDO:	<input type="text"/>
		PLAZO	<input type="text"/>
DATOS DEL SOLICITANTE			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
		NOMBRE(S)	
DOMICILIO PARTICULAR			
CALLE		NÚMERO(INT./EXT.)	
		COLONIA	
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO CASA	TELÉFONO CELULAR
DATOS LABORALES			
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO		TELÉFONO DE OFICINA	
PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA		<input type="checkbox"/> BASE <input type="checkbox"/> CONFIANZA <input type="checkbox"/> PENSIONADO	TIPO DE CONTRATACIÓN (x)
TIEMPO COTIZADO		SINDICATO	
DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO			
CALLE		NÚMERO (INT./EXT.)	
		COLONIA	
MUNICIPIO			
EL PRESENTE FORMATO DEBERÁ ACOMPAÑARSE DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN EN COPIA LEGIBLE:			
1.- ÚLTIMO TALÓN DE PAGO			
2.- CREDENCIAL DE AFILIACIÓN DEL INSTITUTO			
3.- COMPROBANTE DE DOMICILIO, QUE DEBERÁ COINCIDIR CON EL ASENTADO EN LA CREDENCIAL DE AFILIACIÓN ACTUALIZADO (RECIBO DE LUZ,AGUA,TELÉFONO,PREDIAL ETC)			
4.- IDENTIFICACIÓN OFICIAL: I.N.E. (ANTES IFE), CÉDULA PROFESIONAL O PASAPORTE			
NOTA: TRÁMITE SUJETO A APROBACIÓN.		FIRMA DE CONFORMIDAD _____	