

IPE – Credencialización

PRIMERA VEZ

REQUISITOS:

- ✓ **1 tanto original** del formato solicitud de credencial de afiliación (abajo) llenado a mano con tinta azul pegando la fotografía tamaño infantil (a color) en el recuadro indicado. Es importante colocar el domicilio exacto que aparece en su comprobante.
- ✓ **1 copia** del último comprobante de pago
- ✓ **1 copia** del acta de nacimiento
- ✓ **1 copia** de todos los formatos de movimiento de personal (inicio, basificación y actual) descargados de la aplicación empleados SEV.
- ✓ **1 copia** de la identificación oficial vigente (INE, cédula profesional, pasaporte).
- ✓ **1 copia** del CURP descargado de internet con la leyenda "verificada con el registro civil"
- ✓ **1 copia** de la constancia de situación fiscal actualizada, descargada de la página del SAT.
- ✓ **1 copia** del comprobante de domicilio no mayor a 3 meses (agua, luz, teléfono).

RENOVACIÓN

REQUISITOS:

- ✓ **1 tanto original** del formato solicitud de credencial de afiliación (abajo) llenado a mano con tinta azul pegando la fotografía tamaño infantil (a color) en el recuadro indicado. Es importante colocar el domicilio exacto que aparece en su comprobante.
- ✓ **1 copia** del último comprobante de pago
- ✓ **1 copia** de la identificación oficial vigente (INE, cédula profesional, pasaporte).
- ✓ **1 copia** del comprobante de domicilio no mayor a 3 meses (agua, luz, teléfono).



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO

IPE

Instituto de Pensiones
del Estado de Veracruz



ME LLENA DE ORGULLO

DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS
OFICINA DE AFILIACIÓN Y CREDENCIALIZACIÓN
SOLICITUD DE CREDENCIAL DE AFILIACIÓN O REAFILIACIÓN DE ACTIVOS

MARQUE CON UNA "X"

AFILIACIÓN

REAFILIACIÓN

NOMBRE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

RFC (CON HOMOCLEAVE)

CURP

DOMICILIO

CALLE Y NÚMERO

COLONIA

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO Y ENTIDAD

TELÉFONO FIJO CON LADA

TELÉFONO CELULAR

LUGAR DE NACIMIENTO

POBLACIÓN

MUNICIPIO

ESTADO

SEXO

ESTADO CIVIL

AFILIACIÓN AL I.M.S.S

CORREO ELECTRÓNICO

F M

TIPO DE VIVIENDA (MARQUE CON UNA "X")

PROPIA

RENTADA

PRESTADA

CON FAMILIARES

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)

SEXO H/M

FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO

AFILIACIÓN

OBSERVACIONES

FOLIO

XALAPA, VER. A ____ DE _____ DE 20 ____.

FOTO

FIRMA DEL TRABAJADOR

