



**SOLICITUD DE HOJA ÚNICA DE SERVICIOS**

PARA USO INTERNO DE LA SEGOB *			
FECHA DE SOLICITUD *	NUMERO DE EXPEDIENTE *	NUMERO DE FOLIO *	
DATOS DEL EX SERVIDOR PUBLICO			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	R.F.C.	C.U.R.P.	
CALLE Y NUMERO EXTERIOR E INTERIOR DEL DOMICILIO PARTICULAR ACTUALIZADO			
COLONIA	C.P.	ALCALDÍA O MUNICIPIO	
ESTADO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL
FECHA DE INGRESO A LA SEGOB		FECHA DE BAJA DE LA SEGOB	
MOTIVO (MARQUE SOLO UN MOTIVO)	REQUISITOS (El presente trámite es para personas que hayan causado baja definitiva de la SEGOB en una Plaza Presupuestal Federal)		
<input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN GLOBAL	<b>PARA TODOS LOS TRAMITES:</b> <input type="checkbox"/> COPIA FOTOSTÁTICA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (INE, CEDULA, PASAPORTE, ETC.) <input type="checkbox"/> COPIA FOTOSTÁTICA DE LA C.U.R.P. <input type="checkbox"/> COPIA FOTOSTÁTICA DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL <input type="checkbox"/> COPIA FOTOSTÁTICA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO <b>COPIA FOTOSTÁTICA DE:</b> <input type="checkbox"/> LA PROPUESTA DE BAJA Y ÚLTIMO COMPROBANTE DE PAGO PARA QUIEN CAUSO BAJA RECIENTE (1 AÑO MÁXIMO) <input type="checkbox"/> ALGUNO DE ESTOS DOCUMENTOS PARA QUIENES CAUSARON BAJA HACE MAS DE UN AÑO: F.U.P., RH-1, PROPUESTA DE PERSONAL, HOJA ÚNICA DE SERVICIOS, COMPROBANTES DE PAGO; NO SE ACEPTAN OFICIOS DE COMISIÓN O CREDENCIALES. <input type="checkbox"/> CARTA PODER ORIGINAL, EN CASO DE QUE LA SOLICITE UN TERCERO (ANEXANDO COPIAS DE LAS IDENTIFICACIONES DE QUIEN OTORGA EL PODER, QUIEN RECIBE Y DOS TESTIGOS) <b>CUANDO EL SERVIDOR PUBLICO HAYA FALLECIDO, ANEXAR ESTOS DOCUMENTOS:</b> <input type="checkbox"/> ACTA DE MATRIMONIO Y NACIMIENTO EN ORIGINAL (SI ES EL/LA ESPOSO/A QUIEN RECLAMA LA HOJA) <input type="checkbox"/> DOCUMENTO EMITIDO POR UN JUEZ DE LO FAMILIAR QUE ACREDITE EL CONCUBINATO CON EL SERVIDOR PÚBLICO Y LO DECLAREN BENEFICIARIO DE LAS PRESTACIONES LABORALES (EN ORIGINAL) <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO DEL HIJO (S) BENEFICIARIO (S). <input type="checkbox"/> DOCUMENTO QUE ACREDITE SER EL BENEFICIARIO DEL SERVIDO PÚBLICO (EN CASO DE SER UN TERCERO) <b>PARA BAJA POR INVALIDEZ, ANEXAR ESTOS OTROS DOCUMENTOS:</b> <input type="checkbox"/> ORIGINAL DEL FORMATO RT09 DEL ISSSTE <input type="checkbox"/> ORIGINAL DEL DICTAMEN DE INVALIDEZ EXPEDIDA POR EL ISSSTE <b>EL TIEMPO ESTIMADO PARA ESTE TRAMITE ES DE 10 A 15 DÍAS HÁBILES.</b> SE DEBE DE LLENAR SIN ENMENDADURAS NI TACHADURAS; LA PRESENTE SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE LOS DOCUMENTOS QUE EN CADA CASO SE SEÑALAN.		
<input type="checkbox"/> SEGURO DE SEPARACIÓN			
<input type="checkbox"/> JUBILACIÓN / PENSIÓN			
<input type="checkbox"/> EVOLUCIÓN SALARIAL			
<input type="checkbox"/> PENSIÓN POR INVALIDEZ			
<input type="checkbox"/> PENSIÓN POR DEFUNCIÓN			
<input type="checkbox"/> REPORTE OFICIAL DE SERVICIOS RETIRO DEL 5% DE APORTACIONES AL FOVISSSTE (SÓLO PERSONAL QUE HAYA LABORADO ENTRE LOS AÑOS 1972 Y 1992)			
<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)			

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE  
Bajo protesta de decir verdad hago constar que todos los datos proporcionados son ciertos y correctos y que la firma que asiento en la presente solicitud es del suscrito.

**OBSERVACIONES:** La solicitud entregada en esta Institución, no constituye la expedición del documento solicitado si no se cumple con la norma establecida en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

