

REQUISITOS DE PENSIÓN POR EDAD



No	DESCRIPCIÓN	TITULAR	CÓNYUGE
1	Acta de nacimiento original reciente, del titular y cónyuge		
2	Copia de la CURP del Titular y cónyuge		
3	Copia de la identificación del titular y cónyuge, (credencial de elector, pasaporte y/o cedula profesional).		
4	Acta de matrimonio original ó Resolución Judicial voluntaria (Unión libre), según sea el caso		
5	Original de acta de nacimiento de hijos menores de 18 años. (reciente)		
6	Certificado de cotización al fondo de pensiones.- (se tramita en la Dirección de Pensiones Civiles del Edo.- área de ventanillas)		
7	<u>Constancia del último nombramiento</u> (de la Dependencia o Institución donde labora), o en su caso <u>Hoja de movimiento de personal</u> : Se tramita en (Dirección de Recursos Humanos del Estado).- dom. Francisco Márquez no. 431, col. Chapultepec Norte.		
8	Hoja del oficio de baja de Gobierno, para el pago de pensión.- <u>Los trabajadores del Gobierno del Estado</u> .-Gestionar en la (Dirección de Recursos Humanos del Edo.- Dom: Francisco Márquez No. 431 Col. Chapultepec Norte). <u>Los trabajadores de Magisterio</u> .- Gestionar en la Secretaría de Educación Edo.- una vez vencido el permiso pre-jubilatorio		
9	Copia último talón de cheque cobrado de nómina de activo.		
10	R.F.C con Homoclave.- Gestionarlo en las oficinas del SAT (Hacienda de su localidad)		
11	Oficio de renuncia por pensión		
12	Oficio original de la autorización del permiso pre- jubilatorio		
13	Comprobante actualizado de domicilio.		
14	Estado de cuenta bancario de cualquier banco.- (para depósito de pensión).} Banamex estado de cuenta donde venga el número de tarjeta.		
<p>Notas: 1).- Todos los derechohabientes, una vez entregados los documentos para la pensión; deberán pasar al Módulo del IMSS (Ubicado en la oficina de Jubilados y Pensionados), para que se les dé información sobre el Servicio Médico.</p> <p>2).- En esta solicitud no se permiten tachaduras y/o enmendaduras.</p> <p>3).- Cuando exista error en nombres de actas.- Presentar copia de la Diligencia de Jurisdicción Voluntaria para Acreditar hechos.</p>			

Fecha de recibido:	Información del Servicio Médico (Firma de enterado):	Firma del Interesado:
--------------------	---	-----------------------