



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 PENSIONADOS**

MARQUE CON UNA "X"

INICIAL

RENOVACIÓN

Por este conducto informo a Usted que he cambiado mi domicilio, motivo por el cual manifiesto lo siguiente:

DATOS GENERALES

NOMBRE COMPLETO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

No. De Pensión

R.F.C. con homoclave

C.U.R.P

DOMICILIO ACTUAL

Avenida

Calle

Privada

Prolongación

NUMERO

EXT.

INT.

NOMBRE:

Unidad

Fraccionamiento

Privada

Colonia

Ejido

Código Postal

NOMBRE:

Localidad

Municipio

Entidad

TELÉFONOS

Fijo

Celular

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

Nombre y Firma



* Requisitos al reverso.