gob.mx

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
Dirección de Prestaciones Económicas

Documentación para militar que causa baja del activo para alta en nómina F1DPE

☐ Haber de retiro.

☐ Compensación.

Folio:
Fecha de solicitud del trámite:

Datos de la o el militar	
Nombre completo:	
Grado y especialidad:	Matrícula:
CURP:	RFC:

Domicilio Actual			
Lada:	Tel. fijo:		Nombre de la localidad o asentamiento humano:
Lada:	Tel. Celular:		
Correo Electrónico:			Nombre de la localidad:
Código Postal:			Nombre del Municipio o Alcaldía:
Tipo de vialidad:			
Nombre de la vialidad:			Nombre del Estado:
			Entre vialidades:
Número exterior:	Número interior:		Vialidad posterior:
Tipo de asentamiento:			Descripción de ubicación :

En virtud de que con fecha		Cause baja del servicio activo.
Y con fecha		Cause alta en situación de retiro.

Causas
☐ Edad límite.
☐ Incapacidad acción de armas o consecuencias de las lesiones recibidas en ella.
☐ Incapacidad en otros actos del servicio como consecuencia de ellos.
☐ Incapacidad en actos fuera de servicio.
☐ Solicitarlo después de haber prestado por lo menos veinte años de servicio.
☐ Solicitarlo después de haber prestado por lo menos cinco o diecinueve años de servicio.

GOBIERNO DE MÉXICO SEDENA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL CONAMER ISSFAM

Contacto:
Av. Industria Militar 1053, Col. Lomas de Sotelo
Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11200 Cd. Mx.
Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 hrs.
Tel. (01 55) 21 22 06 01 018001477326
Correo elect: informes@issfam.gob.mx
Chat: chatissfam.azurewebsites.net

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
Dirección de Prestaciones Económicas

Documentación Requerida

Original del certificado de último pago CUP.
Copia simple del oficio de baja del activo.
Copia simple de identificación oficial (INE o pasaporte vigente).
Copia simple de la CURP.
Copia simple de la tarjeta filiación (únicamente para personal de SEDENA).
Copia simple de la TIM o CIM (únicamente para el personal de SEDENA).
Copia del Estado de Cuenta (Banjercito).
Original de hoja filiación.

Radicación de Pago

Banjercito sucursal:

Pensión alimenticia, beneficiarios y porcentaje que se descuenta de sus percepciones.

Asimismo, informo a usted que, bajo protesta de decir verdad, manifiesto que ☐ Sí ☐ No estoy sujeto (a) de pensión alimenticia, de un _____% a favor de:

Nombre del acreedor alimentista y porcentaje de pensión alimenticia.

Nota

Los datos personales recabados en el presente formato serán protegidos, incorporados y tratados en los Sistemas de datos personales correspondientes del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, en donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de datos personales ante el mismo. Lo anterior se informa en cumplimiento a los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero del 2018.

GOBIERNO DE MÉXICO
SEDENA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL
CONAMER
ISSFAM
Contacto:
Av. Industria Militar 1053, Col. Lomas de Sotelo
Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11200 Cd. Mx.
Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 hrs.
Tel. (01 55) 21 22 06 01 018001477326
Correo elect: informes@issfam.gob.mx
Chat: chatissfam.azurewebsites.net