



Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
Regional Veracruz Norte  
Departamento Delegacional de Personal

### Solicitud de Cambio de Localidad de Pago

Día 16	Mes Octubre	Año 2024	Delegación a donde se solicita sitúe el pago	Quincena /
-----------	----------------	-------------	--	---------------

#### Datos del Jubilado o Pensionado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Matricula	Número de Afiliación
-----------	----------------------

#### Domicilio de Nueva Adscripción

Calle	Número Exterior e Interior	Colonia	Código Postal
-------	----------------------------	---------	---------------

Localidad	Entidad Federativa
-----------	--------------------

Nombre del Jubilado, Pensionado, Tutor o Representante Legal	Firma del Jubilado, Pensionado, Tutor o Representante Legal
--	---

#### Para uso exclusivo de la sección de trámites y actualización de prestaciones al personal

No. Folio	Matrícula	Marca de Baja	Fecha de Movimiento	Cifra de Control
		2		

Acuse de recibo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Responsable