



Datos del solicitante: _____ Fecha: _____
R.F.C.: _____
Nombre: _____

Domicilio para oír y recibir toda clase de notificaciones en:
Calle: _____
No. Exterior: _____ Interior: _____ Colonia: _____
Municipio: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Tel. con lada: _____
Correo Electrónico _____ Celular: _____


Fecha de baja: _____
Dependencia: _____
Observaciones: _____
Requisitos:
1) Formato de solicitud firmado
2) Hoja de servicios
3) Constancia de baja
4) Copia de identificación oficial vigente.

De ser admitido(a) al régimen de continuación voluntaria, al firmar esta solicitud, manifiesto saber que: a) quedaré inscrito (a) con el último sueldo base de cotización al momento de mi baja; (b) que éste se incrementará en el mismo porcentaje de cada aumento al salario mínimo general vigente en el Estado –artículo 107 de la Ley de Seguridad Social del Estado de Guanajuato-; y (c) que dicha base no es la que se tomará en cuenta para una posible pensión, pues esta se conforma en términos de los diversos 43, 44 y 66 de la misma Ley.

ATENTAMENTE,

FIRMA

Consulta del aviso de privacidad integral y simplificado.
El aviso de privacidad integral y simplificado podrá ser consultado en la página institucional de internet del
Instituto de Seguridad Social del Estado de Guanajuato: www.isseg.mx

 **Instituto de Seguridad Social del Estado de Guanajuato**
Departamento de Afiliación y Vigencia de Derechos
vderechos@isseg.gob.mx
Teléfono 01 (473) 7351400
Ext. 2970

SELLO

SOLICITUD DE CONTINUACIÓN VOLUNTARIA EN EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

Solicitante: _____ **Recibe:** _____