

11



1

Fecha de vigencia	03	05	20	09
Fecha de impresión	25	03	20	09

Apellido Paterno*															Fecha de nacimiento *				
Apellido Materno*															DD MM AAAA				
Nombre(s)*															Sexo * M H				
CURP <small>(Dato obligatorio en caso de trabajadores ISSSTE y No afiliados)</small>															Registro Federal de Contribuyentes Homoclave				
NSS* <small>Numero de Seguridad Social Asignado por el IMSS (Dato no obligatorio para Trabajadores No afiliados)</small>															RFC*				
Entidad de nacimiento* SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															NSS ISSSTE <small>Numero de Seguridad Social Asignado por el ISSSTE (Requisitar sólo en caso de trabajadores adscritos)</small>				
Nacionalidad Mexicana * Otra nacionalidad															Clave de entidad de nacimiento				
Domicilio particular* Calle*															Clave de nacionalidad				
Colonia *															Número Ext. * Número Int.				
Municipio o Delegación*															Telefonos **				
Ciudad o población*															Teléfono 1 * Lada De <input type="checkbox"/> am a <input type="checkbox"/> pm Extensión Día L-V <input type="checkbox"/> S-D <input type="checkbox"/>				
Entidad federativa* Clave Entidad Federativa <input type="checkbox"/>															Teléfono 2 ** Lada De <input type="checkbox"/> am a <input type="checkbox"/> pm Extensión Día L-V <input type="checkbox"/> S-D <input type="checkbox"/>				
Pais* Clave País <input type="checkbox"/>															C.P.*				
Correo electrónico**															Está en trámite de Crédito de Vivienda SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Ocupación o profesión* Actividad o giro del negocio*																			
Comentarios y observaciones derivados de la entrevista durante el llenado de la solicitud de Traspaso:																			

Identificación Oficial* Credencial para votar IFE <input type="checkbox"/> (Datos obligatorios en caso de presentar identificación IFE) Folio de la credencial _____ _____ Dato registrado al reverso de la credencial (OCR) _____ Identificación para menores <input type="checkbox"/> Documento migratorio en caso de extranjeros <input type="checkbox"/> En caso de menores de edad, indique la identificación presentada	Documentos presentados por el trabajador * Documento Probatorio* (En caso de no contar con CURP*) <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento del año 1981 o anterior _____ Entidad Federativa Municipio Año Libro Acta <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del año 1982 o posterior _____ _____ Clave de Registro de Identificación Personal _____ Fecha de vigencia del Documento de Rendimiento Neto para Traspasos: * _____ DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> Documento Migratorio _____ Registro Nacional de Extranjeros <input type="checkbox"/> Carta de Naturalización Año _____ Folio _____ <input type="checkbox"/> Certificado de Nacionalidad Mexicana Año _____ Folio _____
---	---	---

Designación de Beneficiarios para las subcuentas de Aportaciones Voluntarias, Aportaciones Complementarias de Retiro y Aportaciones de Ahorro a Largo Plazo:																															
Apellido Paterno										Apellido Materno										Nombre (s)										Porcentaje	
Apellido Paterno										Apellido Materno										Nombre (s)										Porcentaje	
Apellido Paterno										Apellido Materno										Nombre (s)										Porcentaje	
Apellido Paterno										Apellido Materno										Nombre (s)										Porcentaje	

<p>_____</p>	<p>Fecha en que firma la solicitud*</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="text-align: center;">AAAA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Si quieres verificar que el agente promotor que te atiende, tiene su registro vigente, consulta www.consar.gob.mx o llama a SARTEL: 01-800-5000-747</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>En tu Afore**</p>  </div> </div> <p><small>** Tráspaso por Internet www.e-sar.com.mx</small></p>	DD	MM	AAAA							<p style="text-align: center;"><i>Consiento el traspaso de mi cuenta individual</i></p> <p>_____</p>
DD	MM	AAAA									

Firma y huella digital del agente promotor*
(La firma y la huella no debe salir del cuadro)

PATRICIA ESCOBAR MEDINA

Nombre del agente promotor*

9	7	0	2	2	4	3	1	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Número de registro del agente promotor*

Hago constar que verifiqué la información asentada en esta solicitud y que corresponde a la contenida en los documentos entregados por el trabajador, asimismo que cotejé los presentes documentos con el original y/o copias que tuve a la vista y que la firma del trabajador estampada en los mismos corresponde a la asentada en esta solicitud.

Leyenda Promotor

Leyenda Trabajador

Los campos marcados con () son de llenado obligatorio.

En caso de campos marcados con (**), se deberá proporcionar al menos uno de los datos requeridos.

****La inclusión de estos logotipos será optativa.**

VENTAS										DATOS DE CONTROL DE LA ADMINISTRADORA DE FONDOS PARA EL RETIRO										OPERACIONES																																		
Número					Tipo de domicilio					Tipo de envío					Comprobante domicilio					No. de Cuenta																																		
Fecha de vencimiento de identificación oficial					01 Particular 02 Trabajo					01 Documento impreso 02 Correo electrónico					<input type="checkbox"/> Recibo de Luz <input type="checkbox"/> Recibo telefónico (particular) <input type="checkbox"/> Recibo Servicio de Agua <input type="checkbox"/> Recibo de Gas <input type="checkbox"/> Recibo Cuenta Bancario <input type="checkbox"/> Pago Predial <input type="checkbox"/> Estado de Cuenta <input type="checkbox"/> Tienda Departamental															Código					Clave entidad y municipio domicilio																			
Fecha vigencia comprobante de domicilio					<input type="checkbox"/> Presenta CURP					Referencia					C R M C															Identificación Menor de edad					Acuse recibo documento IRN					Comprobante de Domicilio					T D C					C P C				
Clave país nacimiento					Folio de documento probatorio					Tel 1 clave celular					Tel 2 clave celular															Importe IRN					Fecha de recepción operaciones																			

5

Folio de Traspaso:
de la Solicitud:



*97022431150908401010

Fecha de impresión

Identificación Oficial* Credencial para votar IFE <input type="checkbox"/> (Datos obligatorios en caso de presentar identificación IFE) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> Folio de la credencial <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> Dato registrado al reverso de la credencial (OCR) Identificación para menores <input type="checkbox"/> Documento migratorio en caso de extranjeros <input type="checkbox"/> En caso de menores de edad, indique la identificación presentada <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Documentos presentados por el trabajador * Documento Probatorio* (En caso de no contar con CURP*) <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento del año 1981 o anterior <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em; margin-top: 5px;"> Entidad Federativa Municipio Año Libro Acta </div> <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del año 1982 o posterior <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> Clave de Registro de Identificación Personal <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em; margin-top: 5px;"> DD MM AAAA </div> Fecha de vigencia del Documento de Rendimiento Neto para Traspasos:* <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<input type="checkbox"/> Documento Migratorio <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> Registro Nacional de Extranjeros <input type="checkbox"/> Carta de Naturalización Año <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; height: 1.2em;"></div> Folio <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; height: 1.2em;"></div> <input type="checkbox"/> Certificado de Nacionalidad Mexicana Año <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; height: 1.2em;"></div> Folio <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; height: 1.2em;"></div>
--	---	--

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Porcentaje
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Porcentaje
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Porcentaje
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Porcentaje

		Fecha en que firma la solicitud*			
		DD	MM	AAAA	
		<p>Si quieres verificar que el agente promotor que te atiende, tiene su registro vigente, consulta www.consar.gob.mx o llama a SARTEL: 01-800-5000-747</p>			
		 <p>Traspaso por Internet www.e-sar.com.mx</p>		<p>En tu Afore</p> 	
		<p><i>Consiento el traspaso de mi cuenta individual</i></p>			

Nombre del agente promotor*

Número de registro del agente promotor*

Fecha en que firma la solicitud*

DD	MM	AAAA



Traspaso por Internet
www.e-sar.com.mx



**¡Recuerde que
puede cambiar de
Afore por Internet!**

Estimado Trabajador: Para aclarar sus dudas sobre el SAR y las Afores, consulta la página web de la CONSAR en www.consar.gob.mx o bien llame a SARTEL: 01-800-50-00-747. Domicilio y teléfono de Profuturo GNP SA de CV Afore Domicilio de la Unidad Especializada de

Domicilio de la Unidad Especializada de
Atención al Público
Blvar Adolfo López Mateos No 2009 Col. Los Alpes
Delegación Álvaro Obregón CP.01010 México D.F.
Tel de Unidad Especializada de Atención al
Público: 01 800 71 55 555, 58 09 65
Horario: Lunes a Viernes 08:00 a 20:00hrs.
Sábado de 09:00 a 14:00 hrs.
servicioclientes@profuturo-gnp.com.mx

Leyenda Promotor

Leyenda Trabajador

Los campos marcados con () son de llenado obligatorio.

En caso de campos marcados con (**), se deberá proporcionar al menos uno de los datos requeridos.

****La inclusión de estos logotipos será optativa.**

VENTAS										DATOS DE CONTROL DE LA ADMINISTRADORA DE FONDOS PARA EL RETIRO										OPERACIONES									
Número					Tipo de domicilio					Tipo de envío					Comprobante domicilio					No. de Cuenta									
Fecha de vencimiento de identificación oficial					01 Particular 02 Trabajo					01 Documento impreso 02 Correo electrónico					<input type="checkbox"/> Recibo de Luz <input type="checkbox"/> Recibo telefónico (particular) <input type="checkbox"/> Recibo Servicio de Agua <input type="checkbox"/> Recibo de Gas <input type="checkbox"/> Recibo Cuenta Bancario <input type="checkbox"/> Pago Predial <input type="checkbox"/> Estado de Cuenta <input type="checkbox"/> Tienda Departamental														
Fecha vigencia comprobante de domicilio					Presenta CURP					Referencia					Código Clave entidad y municipio domicilio C R M C Identificación Menor de edad Acuse recibo documento IRN Comprobante de Domicilio T D C C P C														
Clave país nacimiento					Folio de documento probatorio					Importe IRN Fecha de recepción operaciones																			
Cuenta con celular					Tel 1 clave celular					Tel 2 clave celular																			

