

Ley

2020

SEGURO SOCIAL



EDITORIAL ISEF

Contenido General

- Disposiciones para la Prestación del Servicio de Guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250913/293.PDIR.
- Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280813/234.PDIR.
- Acuerdo ACDO.SA2.HCT.260912/241.PDPES.
- Acuerdo 001/DIR
- Acuerdo ACDO.AS1.HCT.260815/178.PDPM.
- Acuerdo ACDO.AS1.HCT.220715/148.PDPES.
- Acuerdo 002/DIR
- Acuerdo ACDO.SA3.HCT.281015/245.PDIR.
- Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250117/23.PDPES.
- Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280617/149.PDIR
- Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280617/148.PDIR
- Acuerdo ACDO.AS2.HCT.291117/277.PDPES
- Acuerdo ACDO.AS2.HCT.280218/42.PDPES
- Acuerdo ACDO.AS1.HCT.280218/43.PDPES
- Acuerdo ACDO.AS3.HCT.270219/90.PDF
- Acuerdo ACDO.AS2.HCT.300119/53.PDIR
- Acuerdo ACDO.AS2.HCT.270219/93.PDIR.
- Acuerdo ACDO.AS2.HCT.3000419/150.PDIR.
- Acuerdo ACDO.AS2.HCT.160719/222.PDPES.
- Aviso mediante el cual se da a conocer el formato solicitud de certificado de baja para el retiro por desempleo (SAV 021).
- Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie de los seguros de enfermedades y maternidad y riesgos de trabajo, a los beneficiarios del programa jóvenes construyendo el futuro y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social o cualquier otra Institución de Seguridad Social.

ESTRUCTURA DE LAS DISPOSICIONES PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE GUARDERIA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

| | | ARTICULOS |
|--------------|---|------------------|
| CAPITULO I | Generalidades | 1 al 4 |
| CAPITULO II | Del servicio de guardería | 5 al 14 |
| CAPITULO III | De las obligaciones de los trabajadores | 15 al 22 |
| CAPITULO IV | De la suspensión de los servicios en las guarderías | 23 |
| CAPITULO V | De las sanciones | 24 y 25 |
| CAPITULO VI | De las manifestaciones del trabajador | 26 y 27 |

ARTICULOS TRANSITORIOS



EDITORIAL ISEF

**ACUERDO ACDO.AS2.HCT.290818/208.PDPES
DICTADO POR EL H. CONSEJO TECNICO DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
EN SESION ORDINARIA CELEBRADA EL 29 DE
AGOSTO DE 2018, MEDIANTE EL QUE APRUE-
BAN LAS DISPOSICIONES PARA LA PRESTA-
CION DEL SERVICIO DE GUARDERIA DEL INS-
TITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Publicado en el D.O.F. del 11 de diciembre de 2018

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. México. Gobierno de la República. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 29 de agosto del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.290818/208.PDPES, en los siguientes términos:

Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 203, 251, fracciones I, II, IV, VIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 31, fracciones II, IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, por conducto de la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficio 183 del 17 de agosto de 2018, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, emitido en reunión celebrada el día 15 del mes y año citados, Acuerda: **Primero.** Aprobar las 'Disposiciones para la Prestación del Servicio de Guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social' que se agregan como Anexo Unico del presente Acuerdo. **Segundo.** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales para que, de manera directa o por conducto de sus unidades administrativas competentes, dicte las instrucciones y criterios que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones, de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo se presenten. **Tercero.** Instruir a la Dirección Jurídica y a la Dirección de Administración respectivamente, a llevar a cabo las gestiones conducentes en el ámbito de su competencia para la publicación de este Acuerdo y su Anexo Unico, en el Diario Oficial de la Federación. **Cuarto.** Las Disposiciones a que se refiere el numeral Primero del presente Acuerdo, entrarán en vigor el día hábil siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y, en consecuencia, a partir de esa fecha se abroga el 'Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería', aprobado por este Organismo de Gobierno mediante Acuerdo 401/96 del 23 de octubre de 1996, así como sus modificaciones y cualquier otra disposición emanadas de este Consejo Técnico o de cualquier órgano normativo de este Instituto que se opongán a las mismas.

Atentamente

Ciudad de México, a 29 de agosto de 2018. El Secretario General,
Juan Carlos Velasco Pérez. Rúbrica.

ANEXO UNICO

DISPOSICIONES PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE GUARDERIA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CAPITULO I GENERALIDADES

ARTICULO 1. Estas Disposiciones se refieren al servicio de guardería, establecido en el Título Segundo, Sección Primera del Capítulo VII de la Ley del Seguro Social.

Además, el servicio de guardería se rige por lo dispuesto en la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil y su Reglamento, la normatividad que dicte el Instituto Mexicano del Seguro Social y las disposiciones jurídicas o administrativas aplicables.

ARTICULO 2. Para la aplicación de estas Disposiciones se entenderá por:

I. Ley. La Ley del Seguro Social.

II. Instituto. El Instituto Mexicano del Seguro Social.

III. Disposiciones. Las presentes Disposiciones para la Prestación del Servicio de Guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social.

IV. Trabajador. Las personas comprendidas en los artículos 201 y 205, de la Ley, que se encuentren vigentes en sus derechos ante el Instituto, bajo el Régimen Obligatorio.

V. Niño. Niña o Niño con edad comprendida entre los 43 días de nacidos y hasta que cumplan 4 años, en términos de lo establecido en el artículo 201, de la Ley.

VI. Guardería. Unidad de servicio no médica que funge como centro de atención, cuidado y desarrollo integral para los hijos de los trabajadores, en términos de lo dispuesto en los artículos 201 al 207 de la Ley, donde se proporciona aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación, en apego al principio del interés superior de la niñez y en condiciones de igualdad, respeto y ejercicio pleno de sus derechos.

VII. Persona autorizada. Se refiere al individuo que el trabajador designe para entregar o recoger al niño de la guardería conforme a las disposiciones que establezca el Instituto.

ARTICULO 3. El servicio de guardería se proporcionará a los niños desde los 43 días de nacidos hasta los 4 años de edad.

ARTICULO 4. El Instituto comprobará la vigencia de derechos del trabajador para disfrutar del servicio de guardería en los términos que para el efecto señale.

CAPITULO II DEL SERVICIO DE GUARDERIA

ARTICULO 5. Para obtener el servicio de guardería, el trabajador debe realizar el trámite de Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS, conforme a los requisitos autorizados por el H. Consejo Técnico y publicados en el Diario Oficial de la Federación.

ARTICULO 6. Cada guardería proporcionará el servicio conforme a los días y horario que autorice el Instituto.

ARTICULO 7. Las actividades que se realicen con los niños se llevarán a cabo dentro de las instalaciones de la guardería, con excepción de aquellas que, conforme al programa establecido por la autoridad educativa correspondiente, sea necesario realizar fuera de las mismas. En tal supuesto, la guardería debe avisar previamente al trabajador quien podrá, en su caso, autorizar o negar por escrito la salida del niño.

Cuando el trabajador se abstenga de autorizar la salida del niño, la guardería le proporcionará el servicio durante el horario en el que habitualmente asiste.

En aquellas actividades que por disposición de las autoridades en materia de seguridad y protección civil deban realizarse fuera de la guardería, será necesaria la autorización del trabajador.

ARTICULO 8. El niño debe ser recogido dentro del horario de la guardería. Si después de los sesenta minutos posteriores al cierre, agotadas las acciones de localización del trabajador o persona autorizada por parte de la guardería, el niño permanece en la misma, se considerará que ha sido abandonado, por lo que la directora de la guardería procederá a presentar al niño ante el Ministerio Público para los efectos legales procedentes, previa notificación a las autoridades delegacionales del Instituto. Estas últimas solicitarán el apoyo y asesoría de sus servicios jurídicos, con el fin de salvaguardar la integridad del niño.

ARTICULO 9. El servicio de guardería a cargo del Instituto no implica costo alguno para el trabajador. El trabajador y la persona autorizada se abstendrán de dar gratificaciones, contraprestaciones o remuneración económica a la guardería o a su personal por el servicio de guardería a cargo del Instituto.

ARTICULO 10. La guardería es responsable del cumplimiento de las presentes Disposiciones, la normatividad del Instituto, así como de los demás ordenamientos legales o administrativos aplicables.

La Delegación del Instituto dentro de su circunscripción territorial y conforme a las atribuciones que establezcan las disposiciones legales, reglamentarias y normativas respectivas, supervisará que las guarderías cumplan con lo establecido en las presentes Disposiciones.

ARTICULO 11. La guardería no permitirá el ingreso al niño, cuando el trabajador o persona autorizada:

a) Omite presentar la valoración médica que se haya emitido por condiciones de salud del niño, incumplimiento en el programa de

aplicación de vacunas del niño o enfermedad transmisible bajo vigilancia epidemiológica, debidamente llenada.

b) Presente receta médica que prescriba la aplicación de inyecciones, gotas óticas u oftálmicas, las cuales tengan que administrarse al niño durante su estancia en la guardería.

ARTICULO 12. Cuando el niño durante su estancia en la guardería requiera atención médica de urgencia, será trasladado por el personal de la guardería a la unidad médica correspondiente.

En este caso la guardería informará de inmediato al trabajador o persona autorizada, quienes tendrán la obligación de presentarse e identificarse plenamente en la unidad médica respectiva lo antes posible.

El personal de la guardería que acompañe al niño a la unidad médica permanecerá con él hasta en tanto llegue el trabajador o persona autorizada, de conformidad con lo establecido en la normatividad del Instituto.

Podrá suspenderse la prestación del servicio de guardería que reciba el trabajador cuando en términos de la normatividad que establezca el Instituto se determine que el niño no reúna las condiciones de salud por enfermedad.

ARTICULO 13. El niño sólo será entregado al trabajador o persona autorizada, previo cumplimiento de los requisitos electrónicos o documentales que disponga el Instituto para la plena identificación y el adecuado registro de salida. Asimismo, la guardería deberá entregar al niño despierto, aseado y con la cabeza descubierta, de conformidad con lo establecido por el Instituto.

ARTICULO 14. El trabajador y persona autorizada, así como el personal de la guardería, se conducirán en todo momento con respeto y cortesía a fin de mantener y estrechar la mutua relación en beneficio del niño.

CAPITULO III DE LAS OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES

ARTICULO 15. El otorgamiento del servicio de guardería queda sujeto a que el trabajador cumpla con las presentes Disposiciones, la normatividad, así como las demás disposiciones jurídicas o administrativas aplicables.

ARTICULO 16. El trabajador debe mantener actualizados en la guardería los siguientes datos, de conformidad con lo establecido en la normatividad del Instituto:

- a)** Del trabajador: laborales y personales.
- b)** Del niño y la persona autorizada: personales.

El trabajador está obligado a que la documentación e información sea veraz.

La información correspondiente a los datos personales del niño, de los trabajadores o de la persona autorizada, se considerarán

como información clasificada en términos de las disposiciones jurídicas aplicables en materia de protección de datos personales.

ARTICULO 17. El trabajador está obligado a llevar al niño a valoración médica conforme lo solicite la guardería, en la forma y en los plazos que establezca el Instituto.

ARTICULO 18. El trabajador o persona autorizada debe entregar al niño en la guardería conforme a lo siguiente:

I. Presentar al niño con los artículos de uso personal, en la cantidad requerida para su estancia y con las características determinadas por el Instituto.

II. Presentar al niño sin prendas de adorno, alhajas, alimentos u objetos que puedan causar daño a su persona o a otros niños. En caso de incumplimiento, los objetos serán retenidos en resguardo de la directora de la guardería para ser entregados al trabajador o persona autorizada al momento en que se recoja al niño. La guardería no se hará responsable de la pérdida de los objetos no detectados a su ingreso.

III. Informar al personal autorizado de la guardería cualquier accidente o alteración en el estado de salud que haya presentado el niño en las doce horas anteriores a su presentación en la guardería y permitir la revisión del niño, a fin de descartar la presencia de signos o síntomas que presuman la existencia de alguna enfermedad o algún tipo de lesión física, que constituyan riesgo para su salud o de la población de la guardería.

En caso de que el niño durante ese lapso sufra algún accidente o presente alteraciones en su estado de salud físico o psicológico, el trabajador o la persona autorizada debe esperar el resultado del filtro sanitario para saber si se permite su ingreso a la guardería. En caso de que se niegue el ingreso, el niño no podrá permanecer en la guardería y el trabajador o la persona autorizada deberá trasladarlo para su valoración médica.

IV. Presentar al niño despierto, aseado y con la cabeza descubierta.

V. Respetar los horarios de servicio y actividades de la guardería establecidos por el Instituto conforme a su normatividad.

ARTICULO 19. El trabajador debe informar al personal de la guardería las causas que hayan originado las lesiones físicas que presente el niño y que hubieren sido detectadas por el personal de la misma en su recepción o durante su estancia. Dependiendo de la gravedad de las lesiones, y en caso de que éstas se apreciaran reiteradamente en el cuerpo del niño, la guardería tomará las medidas médicas, administrativas o legales que correspondan. Asimismo, el Instituto podrá llevar a cabo las acciones que considere convenientes.

ARTICULO 20. El trabajador o persona autorizada está obligado a acudir a la guardería cuando sea requerida su presencia por motivos de salud del niño o trámites administrativos.

De igual forma debe participar activamente en los programas educativos y de integración familiar del niño, así como dar continuidad en el hogar a las actividades de la guardería.

ARTICULO 21. El trabajador debe informar al personal de la guardería la inasistencia del niño y presentar la documentación que la justifique, de conformidad con lo establecido en la normatividad del Instituto.

El trabajador causará baja en la prestación del servicio de guardería, cuando omita justificar las inasistencias del niño por ocho días continuos, de conformidad con lo establecido en la normatividad del Instituto.

ARTICULO 22. El trabajador y la persona autorizada se abstendrán de presentarse a recoger al niño a la guardería, bajo el influjo de sustancias tóxicas que alteren su estado de conciencia.

Si se incumple el supuesto anterior, la dirección de la guardería tendrá la facultad de retener al niño, realizando las acciones señaladas en el artículo 8 de las presentes Disposiciones.

CAPITULO IV DE LA SUSPENSION DE LOS SERVICIOS EN LAS GUARDERIAS

ARTICULO 23. Las Delegaciones del Instituto, dentro de su circunscripción territorial, podrán ordenar la suspensión temporal o indefinida de los servicios que presta una guardería, cuando se den las causas que se mencionan a continuación:

I. Cuando se detecte la existencia o la posibilidad de un brote epidémico entre los niños, de tal manera que se haga indispensable aislar el área que ocupa la guardería por el tiempo que los servicios médicos institucionales consideren necesario.

II. Cuando a juicio del Instituto sea necesario ejecutar obras de reparación, ampliación, remodelación o reacondicionamiento del inmueble que ocupa la guardería, durante las cuales sea imposible la prestación del servicio en condiciones normales para los niños, conforme a lo establecido por la normatividad vigente emitida por el Instituto, o se ponga en riesgo la seguridad de éstos.

III. Cuando se presente caso fortuito, fuerza mayor o causa operativa que impida la prestación del servicio.

En los casos a que se refiere la fracción III de este artículo, el Instituto, previo acuerdo del H. Consejo Técnico, otorgará a los trabajadores una ayuda en efectivo conforme a los lineamientos que para tal efecto se emitan, a fin de que se proporcionen a sus hijos los cuidados necesarios durante su jornada de trabajo.

CAPITULO V DE LAS SANCIONES

ARTICULO 24. En caso de incumplimiento a lo establecido en las presentes Disposiciones por parte del trabajador o de la persona autorizada, la guardería dará aviso a la instancia responsable de la operación del servicio en cada delegación del Instituto. En su caso,

la persona titular de la Delegación del Instituto o quien ésta designe, aplicará las sanciones siguientes:

I. Amonestación escrita al trabajador, cuando el incumplimiento sea por violación a los artículos 9, 13 y 18.

II. Suspensión del servicio al trabajador:

a) Un día cuando incurra en tres amonestaciones por escrito por el mismo motivo en un período de tres meses o bien, cuando el incumplimiento se refiera a los artículos 14, 16 párrafo primero, inciso a) y b), y 20, párrafo primero.

b) Tres días cuando infrinja por segunda ocasión lo dispuesto en los artículos 13 y 14, en un período de tres meses.

c) Diez días cuando el incumplimiento se refiera a los artículos 8, 16 párrafo segundo, y 22.

III. Cambio de guardería en la que el trabajador recibe el servicio, cuando incumpla por tercera ocasión el contenido del artículo 14 de las presentes Disposiciones, previa investigación que realice la Delegación del Instituto que corresponda.

IV. Baja en la prestación del servicio que reciba el trabajador, cuando reincida en cualquiera de los incumplimientos señalados en la fracción II, inciso c) del presente artículo.

ARTICULO 25. En caso de la aplicación de alguna sanción por parte de la Delegación, la guardería notificará personalmente y por escrito al trabajador, especificando las causas que la originaron.

La aplicación de cualquier sanción será valorada y fundada por la Delegación del Instituto que corresponda.

CAPITULO VI DE LAS MANIFESTACIONES DEL TRABAJADOR

ARTICULO 26. El trabajador podrá manifestar su opinión, observaciones o desacuerdos sobre los servicios y la atención del servicio de guardería que recibe, bajo los procedimientos que el Instituto establezca.

ARTICULO 27. En caso de que el trabajador no esté de acuerdo con la aplicación de una sanción, debe manifestarlo por escrito a la Delegación del Instituto que corresponda, la cual le solicitará que en un plazo no mayor a quince días naturales contados a partir de la notificación a que se refiere el artículo 25 de las presentes Disposiciones, aporte los elementos de prueba que estime oportunos para dictar la resolución administrativa que corresponda. No se aplicará sanción alguna, hasta en tanto la Delegación no se pronuncie, salvo en los casos de interés general o en aquéllos en que se pueda causar perjuicio a los niños que acudan a la guardería o a las personas que concurran a la misma.

El trabajador podrá interponer el recurso de inconformidad a que se refiere el artículo 294 de la Ley, contra la resolución administrativa que emita la delegación del Instituto.

ARTICULOS TRANSITORIOS 2018

Publicados en el D.O.F. del 11 de diciembre de 2018

ARTICULO PRIMERO. Las presentes Disposiciones entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTICULO SEGUNDO. A partir de la entrada en vigor de estas Disposiciones, se abroga el Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 1997 y sus modificaciones, así como todas las disposiciones que se opongan a las mismas.

Ciudad de México, a 29 de agosto de 2018. El Director de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS, **Santiago de María Campos Meade**. Rúbrica.

(R. 476263)



EDITORIAL ISEF

INSTRUCTIVO PARA EL TRAMITE Y RESOLUCION DE LAS QUEJAS ADMINISTRATIVAS ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Modificado con el D.O.F del 1 de marzo de 2011

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

AVISO

En cumplimiento a lo dispuesto en los Acuerdos 224/2004 y 359/2004 dictados por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en las sesiones del 19 de mayo y 14 de julio de 2004, respectivamente, se publica el "INSTRUCTIVO PARA EL TRAMITE Y RESOLUCION DE LAS QUEJAS ADMINISTRATIVAS ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL."

CAPITULO I DE LOS ASPECTOS GENERALES

ARTICULO 1. El presente Instructivo, regula el procedimiento administrativo establecido por el artículo 296 de la Ley del Seguro Social. Para estos efectos, se entiende por queja administrativa a toda insatisfacción formulada en exposición de hechos, por parte de los usuarios, por actos u omisiones en la prestación de los servicios médicos encomendados al Instituto, que originen reclamación o protesta por posibles violaciones a sus derechos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo, impugnabile a través del recurso de inconformidad en los términos de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos.

La tramitación de la queja administrativa se ajustará a las disposiciones que establece el presente Instructivo y a las que para su cumplimiento emita el Consejo Técnico del Instituto.

ARTICULO 2. Para los efectos de este Instructivo se entenderá por:

| | |
|-------------------|---|
| AAOD: | Area o Areas de Atención y Orientación al Derechohabiente. |
| CGAOD: | Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente. |
| CNDH: | Comisión Nacional de Derechos Humanos. |
| CONAMED: | Comisión Nacional de Arbitraje Médico. |
| CT: | Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| Instituto: | Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| OIC: | Organo Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| UMAE: | Unidad o Unidades Médicas de Alta Especialidad. |

ARTICULO 3. El procedimiento de queja administrativa tiene por finalidad la resolución de la misma, mediante la investigación oportuna, objetiva e imparcial de los hechos que la originaron, teniendo como fundamento principal las pruebas documentales aportadas por el quejoso y la información contenida en el expediente clínico relacionado con los hechos, a fin de conocer la actuación en la prestación de los servicios médicos a cargo del Instituto, realizar el análisis de los factores y causas que provocan las quejas y aportar información a las áreas institucionales correspondientes, para que éstas adopten las medidas preventivas y correctivas necesarias, lo que coadyuvará a mejorar la calidad de los servicios médicos.

Las quejas serán resueltas mediante acuerdos que emitan las comisiones correspondientes del CT, de los consejos consultivos regionales y delegacionales, y de las juntas de Gobierno de las UMAE, según corresponda, considerando criterios de justicia y equidad, así como principios de legalidad y razonabilidad.

ARTICULO 4. Si como resultado de la investigación de la queja administrativa, se presume la probable existencia de negligencia médica, u otros hechos que por su naturaleza lo ameriten, la CGAOD, la Delegación o la Dirección de la UMAE, según corresponda, la deberán turnar para su conocimiento al OIC, con copia del expediente integrado. Si de la investigación se determinara que la deficiencia en la atención médica prestada, o los hechos motivo de la queja, se debieron a causas ajenas a la actuación del personal institucional vinculado con la prestación del servicio, la queja no se remitirá al OIC.

ARTICULO 5. Las quejas se presentarán ante las AAOD Normativa, Delegacional o de las UMAE, según corresponda, procediendo de inmediato éstas al registro y análisis de las mismas.

Las quejas captadas por cualquier otro conducto, deberán ser turnadas, sin más formalidad, a las áreas mencionadas en el párrafo anterior según corresponda.

En los casos remitidos al Instituto por el OIC o por otras dependencias u organismos extrainstitucionales, tales como CONAMED y

CNDH, además del quejoso, dichas instancias deberán ser informadas sobre el trámite y resolución de la queja.

ARTICULO 6. Las AAOD Normativa, Delegacional o de las UMAE, según corresponda, serán responsables de realizar el procedimiento de atención de la queja, en un plazo máximo de cincuenta días hábiles, contados a partir de la fecha en que la reciban; en caso de exceder el tiempo estipulado, deberán asentarse las razones que justifiquen esta ampliación, dejando constancia en el expediente.

Este procedimiento, comprenderá las etapas de recepción, integración, investigación, elaboración de dictamen, proyecto de acuerdo y notificación.

ARTICULO 7. La CGAOD tendrá las atribuciones y obligaciones siguientes:

I. Recibir, conocer, registrar, integrar, investigar, elaborar el dictamen y enviar el proyecto de acuerdo correspondiente, a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del CT, de las quejas administrativas que tengan las siguientes características:

a) Las que por su gravedad, trascendencia e implicaciones, sean enviadas por las direcciones regionales, delegaciones, UMAE o cualquier otra área del Instituto y aquéllas en que las AAOD delegacionales o de las UMAE, se consideren incompetentes para su resolución, lo anterior, previo análisis para su atracción por la CGAOD.

b) Las relacionadas con la CNDH.

c) Las que cuenten con solicitud de reconsideración emitida por la CONAMED, con fundamento en las "Bases de Coordinación que celebran la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Instituto Mexicano del Seguro Social" vigentes.

d) Las que en sus hechos involucren a unidades médicas de dos o más delegaciones de diferentes direcciones regionales.

e) Las que en sus hechos involucren a dos o más UMAE, o a una de éstas y a otra unidad médica.

f) Aquellas que impliquen reintegro de gastos mayores a 250 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal.

g) En las que se solicite atención médica vitalicia.

h) Las que por su gravedad, trascendencia o implicaciones, la propia CGAOD, considere necesario atraer para su atención.

Las cantidades que se eroguen por los conceptos anteriores, invariablemente serán con cargo a la partida presupuestal correspondiente de la Delegación o UMAE que se determine generadora de la queja.

II. Conocer, registrar, gestionar y llevar control de las quejas presentadas ante la CNDH y la CONAMED.

III. Dar seguimiento y evaluar la actuación de las AAOD delegacionales y de las UMAE, respecto del envío oportuno e integral de informes y documentos, en que exista procedimiento instaurado ante

la CONAMED, la CNDH y en todos los casos en que se les haya solicitado información.

IV. Difundir el presente Instructivo, así como capacitar, asesorar, supervisar, evaluar y realizar las acciones necesarias para la estricta aplicación del mismo por las AAOD, en los diferentes niveles de competencia.

ARTICULO 8. Los titulares de las delegaciones a través de las AAOD, tendrán las atribuciones y obligaciones siguientes:

I. Recibir, conocer, registrar, integrar, investigar, elaborar el dictamen y enviar el proyecto de acuerdo correspondiente, a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo Delegacional, de las quejas administrativas que tengan las siguientes características:

a) Que le sean enviadas por la CGAOD.

b) Que se solicite reintegro de gastos médicos por un monto que no rebase 250 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal.

c) Que se solicite indemnización por responsabilidad civil, ya sea por incapacidad permanente parcial, permanente total o defunción, independientemente de su monto.

Las cantidades que se eroguen por los conceptos anteriores, invariablemente serán con cargo a la partida presupuestal correspondiente de la Delegación.

II. Dar cumplimiento a las solicitudes y gestiones de la CGAOD, respecto del envío oportuno e integral de informes y documentos, en todos los casos que se les hayan turnado para su atención y en los que exista procedimiento instaurado ante la CONAMED y la CNDH.

III. Enviar los informes y reportes que en forma periódica o extraordinaria le solicite la CGAOD.

ARTICULO 9. Los titulares de las delegaciones a través de sus AAOD, recibirán, conocerán, registrarán, integrarán, investigarán, elaborarán el dictamen y enviarán el proyecto de acuerdo correspondiente a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo Regional, de las quejas cuyas características, sean de competencia delegacional, pero que en sus hechos involucren a unidades médicas de dos o más delegaciones de la misma región.

Las cantidades que se eroguen por el concepto anterior, invariablemente serán con cargo a la partida presupuestal correspondiente de la delegación que se determine generadora de la queja, aun cuando ésta haya sido resuelta por el Consejo Consultivo Regional.

ARTICULO 10. Los directores de las UMAE a través de sus AAOD, recibirán, conocerán, registrarán, integrarán, investigarán, elaborarán el dictamen y enviarán el proyecto de acuerdo a la Comisión de Trabajo establecida para tal fin por su Junta de Gobierno, de las quejas administrativas que tengan las siguientes características:

a) Las generadas en la propia UMAE y que en sus hechos no involucren a otra unidad médica.

b) En las que se solicite reintegro de gastos médicos hasta por un monto de 250 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal.

c) Que se solicite indemnización por responsabilidad civil, inclusive cuando se trate de incapacidad permanente parcial, permanente total o defunción, independientemente de su monto.

Las cantidades que se eroguen por los conceptos anteriores, invariablemente serán con cargo a la partida presupuestal correspondiente de la UMAE generadora de la queja.

ARTICULO 11. Las direcciones regionales, delegaciones y las UMAE a través de sus AAOD, deberán entregar un informe semestral al CT, y a la CGAOD, sobre la resolución de las quejas administrativas, así como las medidas tomadas para su prevención.

ARTICULO 12. En cualquier momento los titulares de las direcciones regionales, delegaciones y UMAE, podrán recurrir a la competencia de la CGAOD, remitiendo el expediente integrado con el señalamiento de las causas que se consideran relevantes, las cuales serán analizadas para efectos de aceptación o declinación de la propuesta.

ARTICULO 13. Las comisiones bipartitas del CT, de los consejos consultivos regionales, delegacionales y las comisiones designadas por las Juntas de Gobierno de las UMAE, serán competentes para resolver y emitir los acuerdos relacionados con las quejas administrativas que les sean presentadas.

Corresponderá a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del CT y a la CGAOD, oyendo la opinión de la Dirección Jurídica, la interpretación y aplicación del presente Instructivo y de la normatividad institucional vigente en la materia.

ARTICULO 14. Las AAOD delegacionales y de las UMAE que tengan conocimiento de quejas administrativas que por su naturaleza, implicaciones o precedentes puedan tener repercusiones graves para el Instituto, deberán informar de inmediato de su existencia y de las acciones iniciales adoptadas para su solución, al titular de la Delegación, o al Director de la UMAE correspondiente, quienes a su vez deberán informar a la CGAOD.

ARTICULO 15. Las AAOD Normativa, Delegacional y de las UMAE, harán del conocimiento de las áreas de relaciones contractuales respectivas, las quejas administrativas, en un plazo máximo de tres días hábiles, contados a partir de la fecha en la que tengan conocimiento de éstas, para efecto de que se valore la procedencia de la investigación en los términos del contrato colectivo de trabajo.

ARTICULO 16. Cuando la queja administrativa implique una solicitud de indemnización por responsabilidad civil y en el procedimiento se advierta que resulta procedente la misma, el AAOD que corresponda, una vez concluida la investigación procederá a cuantificar su importe conforme a la legislación vigente y al efecto, lo turnará para su acuerdo a la Comisión correspondiente ya sea del CT, de los

consejos consultivos regionales o delegacionales, o de las juntas de Gobierno de las UMAE; gestionando las actuaciones necesarias para implementar formalmente el acuerdo emitido.

ARTICULO 17. Cuando las quejas administrativas impliquen el reintegro de gastos médicos por omisión o deficiencia de los servicios que debe brindar el Instituto a sus derechohabientes y dichas circunstancias queden debidamente acreditadas en el expediente, se procederá a determinar la cantidad que por este concepto le corresponda a quien acredite haber realizado la erogación; la que en ningún caso será mayor de la que resulte de aplicar los "Costos unitarios para la determinación de créditos fiscales derivados de capitales constitutivos, inscripciones improcedentes y atención a no derechohabientes", emitidos por el Instituto, por lo que se refiere a los costos unitarios para cada uno de los niveles de atención médica a no derechohabientes.

La Comisión Bipartita del CT, tendrá la facultad de analizar y, en su caso, autorizar por equidad y justicia, el reintegro de gastos médicos sin aplicar los costos unitarios mencionados en el párrafo anterior.

CAPITULO II DE LA PRESENTACION DE LA QUEJA ADMINISTRATIVA

ARTICULO 18. La presentación de la queja administrativa no requiere de formato alguno, y será por escrito libre.

I. Datos específicos que debe contener el escrito:

- a) Nombre del asegurado y, en su caso, del promovente.
- b) Nombre del usuario receptor de los servicios médicos institucionales.
- c) En su caso, número de seguridad social del usuario receptor de los servicios médicos institucionales.
- d) Domicilio particular del asegurado o del promovente o del usuario, señalando código postal, número telefónico y correo electrónico; en su caso.
- e) En su caso, clínica de adscripción (Unidad de Medicina Familiar) del receptor de los servicios médicos institucionales.
- f) Unidad y servicio en el que se proporcionó u omitió la prestación del servicio médico institucional materia de la queja.
- g) Descripción clara y breve, en orden cronológico de cómo sucedieron los acontecimientos, señalando las fechas, horas, lugares, personas y servicios que dan lugar a la queja administrativa.
- h) Personal institucional que proporcionó u omitió la prestación del servicio materia de la queja, en su caso, los datos para su identificación.
- i) En su caso, nombre, denominación o razón social, y domicilio del patrón o sujeto obligado.
- j) La petición concreta.

k) Toda queja será firmada por el promovente y, en caso de no saber firmar o no poder hacerlo, lo hará otra persona a su solicitud, poniendo en todo caso el promovente o usuario su huella digital, haciéndose constar en la misma esta circunstancia.

II. Documentos que se deben adjuntar al escrito inicial de queja:

a) En su caso, los documentos originales o en copias, que sustenten la queja o procedimientos supletorios que acrediten los hechos, debidamente relacionados.

b) Identificación oficial con fotografía y firma del promovente y, en su caso, del usuario de los servicios médicos institucionales, presentando el original para efectos de cotejo.

ARTICULO 19. Las AAOD una vez que reciban la queja, procederán a su registro y análisis; si ésta no contiene los elementos esenciales que deben ser proporcionados por el promovente para una debida investigación y comprobación de los hechos u omisiones señaladas, el personal de las citadas áreas, deberá comunicarle por escrito que subsane la omisión de información o documentación, corrija o aclare la misma, en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la recepción del comunicado; advirtiéndole que si no la subsana, corrige o aclara en dicho término, la queja será tramitada y resuelta basándose exclusivamente, en los elementos con los que se cuente.

Para evitar la dilación en el procedimiento, la comunicación podrá hacerse por cualquier medio disponible, dejando constancia de este hecho en el expediente respectivo.

ARTICULO 20. Las áreas jurídicas del Instituto conocerán de aquellos asuntos derivados de quejas administrativas que se tramiten ante los órganos de procuración de justicia federal o estatales, así como de aquellos que se radiquen en vía jurisdiccional.

En el supuesto señalado en el párrafo anterior, las AAOD Normativa, Delegacional y de las UMAE, deberán agilizar la integración del expediente, con los documentos que se hayan generado hasta la fecha en que se tenga conocimiento del proceso jurisdiccional o del que se lleve ante los órganos de procuración de justicia y remitirlo al área jurídica normativa, delegacional o de las UMAE según corresponda, continuando con el trámite administrativo de queja hasta su resolución y notificación correspondiente, documentos que también deberán hacer llegar al área jurídica que corresponda, informando de lo anterior a la CGAOD.

CAPITULO III DE LA INVESTIGACION DE LA QUEJA ADMINISTRATIVA

ARTICULO 21. El personal institucional vinculado con la prestación de la atención médica, los servidores públicos y demás áreas institucionales a solicitud que se les formule y en un plazo no mayor de cinco días hábiles, contados a partir de la recepción de la petición, deberán aportar al AAOD que lo requiera, los documentos, informes y opiniones sobre los hechos materia de la queja, para la práctica de la investigación correspondiente. La omisión, interferencia, obstaculización, retraso u ocultamiento de lo solicitado, traerá

como consecuencia, una investigación en términos de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

ARTICULO 22. Integrado el expediente con el escrito de la queja, documentación o pruebas aportadas por el promovente, informes y documentos institucionales y con los elementos que juzguen necesarios, las AAOD que correspondan según su competencia y de acuerdo a la normatividad que establezca la CGAOD, procederán a elaborar el dictamen en el que se razonará sobre los siguientes elementos:

I. Datos del asegurado y unidad o unidades médicas involucradas.

II. Síntesis de la queja.

III. Resumen de la investigación, señalando, particularmente:

a) Desde el punto de vista médico, los aspectos técnicos realizados u omitidos, los efectos y consecuencias respecto al padecimiento en cuestión, relacionando los hechos, así como el sustento documental materia del dictamen, en el que se incluirá, de contar con él, informe rendido por el personal institucional vinculado con la prestación de la atención médica.

b) En su caso, síntesis de la resolución dictada por el área de Relaciones Contractuales, o estado que guarda la investigación administrativa laboral.

c) Desde el punto de vista legal, las consideraciones que en su caso formule el área jurídica que corresponda, vinculadas con las medidas compensatorias a las que tenga derecho el usuario o sus beneficiarios, en términos de indemnización y los parámetros adoptados para cuantificar el monto de ésta.

(A) Las consideraciones legales a que se refiere el párrafo anterior, sólo se solicitarán cuando la opinión médica respectiva establezca la procedencia de la queja administrativa correspondiente. (DOF 01/03/11)

IV. Análisis realizado por las AAOD correspondientes, de los informes y conclusiones que en su caso hayan sido emitidos, por las áreas médica, jurídica y administrativa-laboral, producto de su estudio o investigación.

V. Conclusiones en las que se señalen en forma categórica los aspectos que dieron lugar a ellas, debiendo dar respuesta a todas y cada una de las peticiones planteadas por el quejoso, precisando la existencia o no de responsabilidad institucional y, en su caso, las medidas compensatorias y preventivas que se propone sean adoptadas.

ARTICULO 23. Con apoyo en el dictamen formulado y las constancias que obren en el expediente, se elaborará por parte del AAOD correspondiente, el proyecto de acuerdo, que deberá contener:

a) La motivación y fundamentación legal en que se sustente el acuerdo.

b) La resolución de la queja, precisando la existencia o no de responsabilidad institucional.

c) En su caso, las medidas compensatorias y la instrucción para la adopción de las acciones preventivas necesarias; y

d) La instrucción de la notificación como resultado del procedimiento.

CAPITULO IV DE LA RESOLUCION DE LA QUEJA ADMINISTRATIVA

ARTICULO 24. La Comisión Bipartita del CT, las de los consejos consultivos regionales, delegacionales y de las comisiones designadas por las juntas de Gobierno de las UMAE, revisarán, analizarán y, en su caso, corregirán el proyecto de acuerdo que resuelva la queja, que les sea turnado por el AAOD correspondiente, aprobándolo en términos de sus respectivas atribuciones.

ARTICULO 25. Una vez aprobado el acuerdo, se enviará debidamente firmado por los integrantes de la Comisión correspondiente, al AAOD que lo turnó, para que ésta proceda a hacerlo del conocimiento de las áreas institucionales competentes para su debido cumplimiento.

CAPITULO V DE LA NOTIFICACION DE LA RESOLUCION DE LA QUEJA ADMINISTRATIVA

ARTICULO 26. La CGAOD, el titular de la Delegación o el Director de la UMAE correspondiente, a través de su AAOD, notificarán al quejoso los términos de la resolución emitida, mediante oficio entregado por mensajería, correo certificado con acuse de recibo u otro medio reconocido en la legislación aplicable.

Quando la queja resulte improcedente, invariablemente se informará al quejoso que cuenta con un plazo de quince días hábiles contados a partir de la notificación, para hacer valer el recurso de inconformidad, de acuerdo a lo previsto en el artículo 294 de la Ley del Seguro Social y en el reglamento de la materia.

ARTICULO 27. El titular de la Delegación y el Director de la UMAE, en el ámbito de sus respectivas competencias, serán responsables de adoptar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los acuerdos que resuelvan las quejas, emitidos por la Comisión Bipartita del CT, las de los consejos consultivos regionales, delegacionales y las comisiones designadas por las juntas de Gobierno de las UMAE, en un plazo no mayor a 15 días hábiles. En caso contrario deberán asentarse las razones justificadas que impidieron su cumplimiento.

CAPITULO VI DE LA TERMINACION DE LA QUEJA ADMINISTRATIVA

ARTICULO 28. Ninguna queja será archivada sin que medie acuerdo de la Comisión Bipartita del CT, de los consejos consultivos regionales, delegacionales o de las comisiones designadas por las juntas de Gobierno de las UMAE, o bien, oficio de autoridad institucional competente, que ponga fin a las causas que originaron la queja.

A juicio del presidente del Consejo Técnico, podrán revisarse aquellos asuntos concluidos mediante acuerdo, que por su importancia, trascendencia o características especiales, así lo ameriten.

ARTICULO 29. El archivo, su sistematización, así como la guarda y custodia de los expedientes de queja, y los documentos que los integran, se llevarán a cabo acorde a lo establecido en el marco regulatorio correspondiente.

ARTICULOS TRANSITORIOS 2004

Publicados en el D.O.F. del 20 de septiembre de 2004

ARTICULO PRIMERO. El presente Instructivo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTICULO SEGUNDO. Se abroga el Reglamento para el Trámite y Resolución de Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 1997, así como todas las disposiciones emanadas del Consejo Técnico o de cualquier otra dependencia del Instituto que se opongan a las establecidas en el presente Instructivo.

ARTICULO TERCERO. Las quejas administrativas interpuestas antes de la fecha de entrada en vigor del presente Instructivo se regirán, respecto de su procedimiento, por las normas vigentes en el momento de su presentación ante la autoridad correspondiente.

ARTICULO CUARTO. Las disposiciones del presente Instructivo que establecen la competencia de las juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y de las comisiones que éstas designen, para atender y resolver las quejas administrativas, entrarán en vigor una vez que surtan efecto las reformas al Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, en las que se les confiera dicha competencia, o se considere ésta en el que lo sustituya.

De igual manera, las disposiciones que establecen las facultades de las Areas de Atención y Orientación al Derechohabiente de las Unidades Médicas de Alta Especialidad para atender y tramitar las quejas administrativas, entrarán en vigor en la fecha señalada en el párrafo anterior.

ARTICULO QUINTO. De conformidad con lo establecido en el Artículo Cuarto Transitorio del presente Instructivo, el trámite y resolución de las quejas administrativas que se generen por los servicios médicos que prestan las Unidades Médicas de Alta Especialidad, corresponderá a las Comisiones Bipartitas del Consejo Técnico, de los Consejos Consultivos Regionales y Delegacionales en el ámbito de su competencia, así como a las Areas de Atención y Orientación al Derechohabiente Normativa, Regional y Delegacional.

Instructivo aprobado por el H. Consejo Técnico mediante acuerdos 224/2004 y 359/2004, dictados en las sesiones del 19 de mayo y 14 de julio de 2004, respectivamente.

ARTICULOS DEL ACUERDO DEL H. CONSEJO TECNICO

Publicados en el D.O.F. del 1 de marzo de 2011

ARTICULO SEGUNDO. El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTICULO TERCERO. Se instruye a la Dirección Jurídica a efecto de que lleve a cabo los trámites conducentes ante las instancias respectivas, para la publicación de las adiciones al Instructivo a que se refiere el punto Primero de este Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación.

Atentamente

México, D.F., a 27 de enero de 2011. El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García**. Rúbrica.

(R. 321522)



ACUERDO ACDO.SA2.HCT.250913/293.P.DIR DEL CONSEJO TECNICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MEDIANTE EL CUAL SE APRUEBAN LOS FORMATOS PARA LA REALIZACION DEL TRAMITE DE CORRECCION PATRONAL

Publicado en el D.O.F. del 4 de noviembre de 2013

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 25 de septiembre del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250913/293.P.DIR, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 251, fracciones IV, XXI, y XXXVII, 263 y 264, fracciones XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 3, 178, 179 y 180, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización; 31, fracciones II y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, a través del Director de Incorporación y Recaudación, mediante oficio 359 del 12 de septiembre de 2013, así como la resolución tomada por el Comité del mismo nombre, del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 11 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.** Aprobar los formatos CORP-01 Solicitud de corrección patronal; CORP-02 Presentación de la corrección patronal y CORP-03 Solicitud de prórroga para la presentación de la corrección patronal, para la realización del trámite de corrección patronal, así como sus instructivos de llenado, que forman parte del presente Acuerdo como Anexo Único. **Segundo.** Instruir a la Dirección de Incorporación y Recaudación para que, por conducto de la Unidad de Fiscalización y Cobranza, resuelva las dudas o aclaraciones que con motivo de la aplicación de este Acuerdo, presenten las Unidades Administrativas del Instituto. **Tercero.** Instruir a la Dirección Jurídica para que, tramite la publicación del presente Acuerdo y su Anexo Único en el Diario Oficial de la Federación. **Cuarto.** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente

México, D.F., a 26 de septiembre de 2013. El Secretario General,
Juan Moisés Calleja García. Rúbrica.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION
 UNIDAD DE FISCALIZACION Y COBRANZA
 COORDINACION DE CORRECCION Y DICTAMEN

CORP-01

SOLICITUD DE CORRECCION PATRONAL

1. SUBDELEGACION

HOJA 1

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| 2. NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL | | 3. FOLIO DE CORRECCION |
| 4. REGISTRO PATRONAL | 5. CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION | 6. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES |

7. DOMICILIO FISCAL

| | | | |
|---|-----------------|-----------------------|---------------------|
| CALLE O MANZANA | NUMERO EXTERIOR | NUMERO INTERIOR | COLONIA O POBLACION |
| MUNICIPIO O DELEGACION | LOCALIDAD | ENTIDAD FEDERATIVA | CODIGO POSTAL |
| 8. TELEFONO | | 9. CORREO ELECTRONICO | |
| 10. SUBDELEGACION I.M.S.S. DEL DOMICILIO FISCAL | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 11. TIPO DE CORRECCION | <input type="radio"/> ESPONTANEA | <input type="radio"/> POR INVITACION | 12. FECHA DE RECEPCION DEL OFICIO | DIA | MES | AÑO | |
| 13. EJERCICIO O PERIODO A CORREGIR: | DIA | MES | AÑO | AL | DIA | MES | AÑO |
| | | | 14. NUMERO DE TRABAJADORES: | | | | |

15. DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO O DE LA OBRA

| | | | |
|------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| CALLE O MANZANA | NUMERO EXTERIOR | NUMERO INTERIOR | COLONIA O POBLACION |
| MUNICIPIO O DELEGACION | LOCALIDAD | ENTIDAD FEDERATIVA | CODIGO POSTAL |
| 16. ACTIVIDAD | | | |
| 17. CLASE | 18. FRACCION | 19. PRIMA | |

| | | | |
|---|------------|-------------|---------------------------------|
| MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTE FORMATO SON CIERTOS, ASI MISMO MANIFIESTO CONOCER EL CONTENIDO DE LOS ARTICULOS 173, 178 AL 182, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACION, CLASIFICACION DE EMPRESAS, RECAUDACION Y FISCALIZACION. | | | PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S. |
| 20. NOMBRE Y FIRMA DEL PATRON O REPRESENTANTE LEGAL | | | |
| 21. LUGAR DE ELABORACION | 22. FECHA: | DIA MES AÑO | |
| ANTES DE LLENAR VER INSTRUCTIVO | | | SE PRESENTA POR DUPLICADO |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION
 UNIDAD DE FISCALIZACION Y COBRANZA
 COORDINACION DE CORRECCION Y DICTAMEN

CORP-01

HOJA 2

| 23. NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL | | 25. DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO O DE LA OBRA | | | | | 26. No. DE TRABAJADORES | | 27. CLASE | | 28. FRACCION | | 29. PRIMA | |
|---|-----------|--|--|--|--|--------------|-------------------------|--|---------------|---|--------------|--|-----------|--|
| | | | | | | | | | 30. ACTIVIDAD | | | | | |
| | | | | | | | | | | A | | | | |
| | DIG. VER. | | | | | | | | | B | | | | |
| | | | | | | | | | | A | | | | |
| | DIG. VER. | | | | | | | | | B | | | | |
| | | | | | | | | | | A | | | | |
| | DIG. VER. | | | | | | | | | B | | | | |
| | | | | | | | | | | A | | | | |
| | DIG. VER. | | | | | | | | | B | | | | |
| | | | | | | | | | | A | | | | |
| | DIG. VER. | | | | | | | | | B | | | | |
| | | | | | | | | | | A | | | | |
| | DIG. VER. | | | | | | | | | B | | | | |
| | | | | | | TOTAL | | | | | | | | |

ANTES DE LLENAR VER INSTRUCTIVO

31. NOMBRE Y FIRMA DEL PATRON O REPRESENTANTE LEGAL _____

SE PRESENTA POR DUPLICADO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD DE CORRECCION PATRONAL (CORP-01)

A. La solicitud deberá requisitarse en computadora, en máquina de escribir o con bolígrafo, en original y copia, sin utilizar abreviaturas y sin omitir alguno de los datos solicitados, con firma autógrafa del patrón o representante legal.

B. La solicitud deberá presentarse en el Departamento de Auditoría a Patrones de la Subdelegación que corresponda a su registro patronal. En caso de que la corrección comprenda la totalidad de los registros patronales, el trámite respectivo se podrá presentar en la Subdelegación que corresponda a su domicilio fiscal.

C. La Hoja 2 podrá reproducirse las veces que sea necesario para incluir la totalidad de los registros patronales a corregir.

D. Sólo se dará trámite a la solicitud cuando se acompañe la documentación anexa requerida.

E. Los cuadros sombreados son para uso exclusivo del IMSS.

F. Para el llenado de los campos se deberá anotar:

| No. | Datos | Anotar |
|-----|---|---|
| 1. | Subdelegación | Nombre de la Subdelegación en la que se presenta el trámite: la que corresponda al registro patronal a corregir, o bien, en caso de que la corrección comprenda la totalidad de los registros patronales y se presente en la Subdelegación que corresponda a su domicilio fiscal, deberá anotar el nombre de esta última. |
| 2. | Nombre, denominación o razón social | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo: Nombre(s), primer apellido y segundo apellido, tratándose de persona física. - Denominación o razón social, tratándose de persona moral. |
| 3. | Folio de corrección | <ul style="list-style-type: none"> - Folio asignado en el oficio de invitación a la corrección patronal emitido por el Instituto. - Si se trata de corrección espontánea, hacer caso omiso de este dato. |
| 4. | Registro Patronal | <ul style="list-style-type: none"> - El registro patronal a corregir. - En caso de corregir todos sus registros patronales anotar el registro patronal del domicilio fiscal y en el campo 24 relacionar los demás registros patronales a corregir. |
| 5. | CURP | Clave Unica del Registro de Población del patrón, cuando el patrón sea persona física. |
| 6. | Registro Federal de Contribuyentes | Registro Federal de Contribuyentes del patrón. |
| 7. | Domicilio fiscal | Domicilio fiscal del patrón. |
| 8. | Teléfono | Teléfono de contacto del patrón. |
| 9. | Correo electrónico | Correo electrónico de contacto del patrón. |
| 10. | Subdelegación IMSS del domicilio fiscal | La Subdelegación que corresponda al domicilio fiscal del patrón, invariablemente. |

ACUERDO DE LA LSS

| | | |
|-----|--|---|
| 11. | Tipo de Corrección | <p>Marque una "X" según corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espontánea, si la solicitud de corrección se efectúa en forma voluntaria. - Por invitación, si la solicitud de corrección deriva de una invitación del IMSS. |
| 12. | Fecha de recepción del Oficio de Invitación | <ul style="list-style-type: none"> - Día, mes y año en que fue notificado por el IMSS el oficio de invitación a la corrección patronal. - Tratándose de corrección espontánea hacer caso omiso de este dato. |
| 13. | Ejercicio o período a regularizar | <p>Día, mes y año del inicio y término del período a regularizar, según corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratándose de solicitud espontánea, deberá regularizar el ejercicio fiscal inmediato anterior y el período transcurrido a la fecha de presentación de la solicitud. - Tratándose de solicitud por invitación, deberá regularizar los dos últimos ejercicios fiscales más el período transcurrido a la fecha de la notificación del oficio de invitación del Instituto. - Tratándose de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción, podrán regularizarse ante el Instituto por cada una de las obras o por ejercicio fiscal, por lo que deberán anotar la fecha de inicio y término de la obra, o bien, la fecha de inicio y término del ejercicio que regularizan, según sea el caso. |
| 14. | Número de trabajadores | <ul style="list-style-type: none"> - Total de trabajadores vigentes correspondientes al registro patronal o registros patronales que se corrigen. - Tratándose de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción que se regularicen por cada una de las obras o por ejercicio fiscal, deberán anotar el total de trabajadores de cada obra, o bien, el total de trabajadores del ejercicio fiscal, según sea el caso. |
| 15. | Domicilio del centro de trabajo o de la obra | <ul style="list-style-type: none"> - Domicilio en donde se encuentre el centro de trabajo o la obra que se corrige. - Tratándose de patrones o sujetos obligados que se regularicen por la totalidad de sus registros patronales deberán hacer caso omiso de este dato y asentar el domicilio de cada uno de sus centros de trabajo en el campo 25. - Tratándose de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción que se regularicen por ejercicio fiscal deberán hacer caso omiso de este dato y asentar el domicilio de cada una de las obras en el campo 25. |
| 16. | Actividad | Actividad principal del giro de la empresa. |
| 17. | Clase | Clase asignada actualmente por el IMSS. |

| | | |
|-----|---|--|
| 18. | Fracción | Fracción asignada actualmente por el IMSS. |
| 19. | Prima | Prima asignada actualmente por el IMSS. |
| 20. | Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal | Nombre(s), primer apellido y segundo apellido del patrón o representante legal sin abreviaturas, y la firma autógrafa del patrón o representante legal. |
| 21. | Lugar | Estado, ciudad o municipio de la Subdelegación en donde se presenta la solicitud. |
| 22. | Fecha | Fecha de elaboración. |
| 23. | Nombre, denominación o razón social | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo: nombre(s), primer apellido y segundo apellido, tratándose de persona física. - Denominación o razón social, tratándose de persona moral. |
| 24. | Registro patronal a corregir | En caso de corregir todos sus registros patronales anotar los registros patronales a corregir. |
| 25. | Domicilio del centro de trabajo o de la obra | <ul style="list-style-type: none"> - Tratándose de patrones o sujetos obligados que se regularicen por la totalidad de sus registros patronales anotar el domicilio de cada uno de sus centros de trabajo. - Tratándose de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción que se regularicen por ejercicio fiscal deberán anotar el domicilio de cada una de las obras. - Invariablemente deberá anotarse: nombre de la calle, número interior y exterior, colonia o población, municipio o delegación política, localidad, entidad federativa, código postal. |
| 26. | Número de trabajadores | <ul style="list-style-type: none"> - Tratándose de patrones o sujetos obligados que se regularicen por la totalidad de sus registros patronales anotar el número de trabajadores de cada uno de sus centros de trabajo. - Tratándose de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción que se regularicen por ejercicio fiscal deberán anotar el número de trabajadores de cada una de las obras. |
| 27. | Clase | Tratándose de patrones o sujetos obligados que se regularicen por la totalidad de sus registros patronales o de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción que se regularicen por ejercicio fiscal, anotar la clase de cada uno de sus registros patronales. |
| 28. | Fracción | Tratándose de patrones o sujetos obligados que se regularicen por la totalidad de sus registros patronales o de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción que se regularicen por ejercicio fiscal, anotar la fracción de cada uno de sus registros patronales. |

| | | |
|-----|---|---|
| 29. | Prima | Tratándose de patrones o sujetos obligados que se regularicen por la totalidad de sus registros patronales o de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción que se regularicen por ejercicio fiscal, anotar la prima de cada uno de sus registros patronales. |
| 30. | Actividad | Tratándose de patrones o sujetos obligados que se regularicen por la totalidad de sus registros patronales o de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción que se regularicen por ejercicio fiscal, anotar la actividad de cada uno de sus registros patronales. |
| 31. | Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal | Nombre(s), primer apellido y segundo apellido del patrón o representante legal sin abreviaturas, y la firma autógrafa del patrón o representante legal. |

G. Se deberá anexar a la solicitud la siguiente documentación en original y copia para su cotejo:

a. Identificación oficial (IFE, pasaporte, cartilla militar) del patrón o representante legal.

b. Escritura constitutiva incluyendo sus reformas (persona moral).

c. Poder notarial del representante legal.

d. Tarjeta de Identificación Patronal, y en su caso, del último aviso de cambio de domicilio.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION
 UNIDAD DE FISCALIZACION Y COBRANZA
 COORDINACION DE CORRECCION Y DICTAMEN

CORP-02

PRESENTACION DE LA CORRECCION PATRONAL

1. SUBDELEGACION _____

2. NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL _____

3. FOLIO DE CORRECCION _____

4. REGISTRO PATRONAL _____

5. CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION _____

6. REGISTRO FEDERAL DE
CONTRIBUYENTES _____

7. DOMICILIO FISCAL

CALLE O MANZANA _____

NUMERO EXTERIOR _____

NUMERO INTERIOR _____

COLONIA O POBLACION _____

MUNICIPIO O
DELEGACION _____

LOCALIDAD _____

ENTIDAD FEDERATIVA _____

CODIGO POSTAL _____

8. TELEFONO _____

9. CORREO ELECTRONICO _____

DOCUMENTACION QUE PRESENTA

| | | | |
|----|--|-----------------------|-----------------------------|
| a. | COMPROBANTE DE PAGO O DEL TRAMITE DEL PAGO DIFERIDO O EN PARCIALIDADES DE LAS DIFERENCIAS AUTODETERMINADAS | <input type="radio"/> | PARA USO EXCLUSIVO DEL IMSS |
| b. | COMPROBANTE DE LA PRESENTACION DE LOS AVISOS AFILIATORIOS, DERIVADOS DE LA CORRECCION | <input type="radio"/> | |
| c. | DOCUMENTACION QUE SUSTENTA LA CORRECCION | <input type="radio"/> | |

10. OBSERVACIONES

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LA INFORMACION Y DOCUMENTACION PRESENTADA EN ESTA CORRECCION ES CIERTA, DETERMINANDOSE CON ESTRICTO APEGO A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y SUS REGLAMENTOS, LA QUE SE PRESENTA ANTE EL IMSS. EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 180 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACION, CLASIFICACION DE EMPRESAS, RECAUDACION Y FISCALIZACION.

PARA USO EXCLUSIVO
DEL IMSS

11. NOMBRE Y FIRMA DEL PATRON O REPRESENTANTE LEGAL _____

12. LUGAR _____

13. FECHA:

DIA _____

MES _____

AÑO _____

ANTES DE LLENAR VER INSTRUCTIVO

SE PRESENTA POR
DUPLICADO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA PRESENTACION DE LA CORRECCION PATRONAL (CORP-02)

A. La solicitud deberá requisitarse en computadora, en máquina de escribir o con bolígrafo, en original y copia, sin utilizar abreviaturas y sin omitir alguno de los datos solicitados, con firma autógrafa del patrón o representante legal.

B. La solicitud deberá presentarse en el Departamento de Auditoría a Patrones de la Subdelegación que corresponda a su registro patronal. En caso de que la corrección comprenda la totalidad de los registros patronales, el trámite respectivo se podrá presentar en la Subdelegación que corresponda a su domicilio fiscal.

C. Los cuadros sombreados son para uso exclusivo del IMSS.

D. Para el llenado de los campos se deberá anotar:

| No. | Datos | Anotar |
|-----|---|---|
| 1. | Subdelegación | Nombre de la Subdelegación en la que se presenta el trámite: la que corresponda al registro patronal a corregir, o bien, en caso de que la corrección comprenda la totalidad de los registros patronales y se presente en la Subdelegación que corresponda a su domicilio fiscal, deberá anotar el nombre de esta última. |
| 2. | Nombre, denominación o razón social | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo: Nombre(s), primer apellido y segundo apellido, tratándose de persona física. - Denominación o razón social, tratándose de persona moral. |
| 3. | Folio de corrección | <ul style="list-style-type: none"> - Folio asignado en el oficio de invitación a la corrección patronal emitido por el Instituto. - Si se trata de corrección espontánea, hacer caso omiso de este dato. |
| 4. | Registro Patronal | <ul style="list-style-type: none"> - El registro patronal a corregir. - En caso de corregir todos sus registros patronales anotar el registro patronal del domicilio fiscal. |
| 5. | CURP | Clave Unica del Registro de Población del patrón, cuando el patrón sea persona física. |
| 6. | Registro Federal de Contribuyentes | Registro Federal de Contribuyentes del patrón. |
| 7. | Domicilio fiscal | Domicilio fiscal del patrón. |
| 8. | Teléfono | Teléfono de contacto del patrón. |
| 9. | Correo electrónico | Correo electrónico de contacto del patrón. |
| 10. | Observaciones | Comentarios que el patrón, sujeto obligado o representante legal, considere realizar respecto a la corrección presentada. |
| 11. | Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal | Nombre(s), primer apellido y segundo apellido del patrón, o representante legal sin abreviaturas, y la firma autógrafa del patrón o representante legal. |
| 12. | Lugar | Estado, ciudad o municipio de la Subdelegación en donde se presenta la solicitud. |
| 13. | Fecha | Fecha de elaboración. |

E. Se deberá acompañar copia de la documentación que sustente la información contenida en la corrección, como puede ser:

a. Comprobante de la presentación de los avisos afiliatorios motivo de la corrección.

b. Comprobante de pago o en su caso del trámite de pago diferido o en parcialidades de las diferencias determinadas.

c. Balanza de Comprobación con saldos por ejercicio y por el período parcial.

d. Concentrado de nómina con saldos por ejercicio y por el período parcial.

e. Recibos o comprobantes de pago de nómina.

f. Comprobante de pagos oportunos de cuotas obrero patronales.

g. Declaración Anual de Impuesto Sobre la Renta por ejercicio.

h. Recibos de honorarios tanto de personas físicas como de asimilados a salarios.

i. Contrato colectivo o individual de trabajo.

Tratándose de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción:

j. Licencia de construcción o documento de autorización.

k. Contrato de obra pública, en su caso.

l. Copia de acuse del aviso de Registro de obra en SATIC (formato SATIC-01 o SATIC-02).

m. Contrato de obra y subcontratos.

n. Planos arquitectónicos, en su caso.

o. Presupuesto.

p. Análisis de precios unitarios.

q. Explosión de insumos.

r. Estimaciones.

s. Análisis de factor de salario real.

t. Análisis de costo horario de maquinaria, en su caso.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION
 UNIDAD DE FISCALIZACION Y COBRANZA
 COORDINACION DE CORRECCION Y DICTAMEN

CORP-03

**SOLICITUD DE PRORROGA PARA LA PRESENTACION
 DE LA CORRECCION PATRONAL**

1. SUBDELEGACION _____

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| _____ | | _____ |
| 2. NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL | | 3. FOLIO DE CORRECCION |
| 4. REGISTRO PATRONAL | 5. CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION | 6. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES |

7. DOMICILIO FISCAL

| | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| CALLE O MANZANA | NUMERO EXTERIOR | NUMERO INTERIOR | COLONIA O POBLACION |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| MUNICIPIO O DELEGACION | LOCALIDAD | ENTIDAD FEDERATIVA | CODIGO POSTAL |
| _____ | | _____ | |
| 8. TELEFONO | | 9. CORREO ELECTRONICO | |

10. MOTIVO POR EL QUE SOLICITA PRORROGA POR 10 DIAS HABILIS PARA PRESENTAR LA CORRECCION

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|--|---------------------------------|
| ESTA SOLICITUD SE PRESENTA ANTE EL IMSS. EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 180 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACION, CLASIFICACION DE EMPRESAS, RECAUDACION Y FISCALIZACION. | PARA USO EXCLUSIVO DEL IMSS |
| _____ 11. NOMBRE Y FIRMA DEL PATRON O REPRESENTANTE LEGAL | |
| _____ 12. LUGAR | _____ 13. FECHA: DIA MES AÑO |
| ANTES DE LLENAR VER INSTRUCTIVO | SE PRESENTA POR DUPLICADO |

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD DE PRÓRROGA PARA LA PRESENTACION DE LA CORRECCION PATRONAL (CORP-03)

A. La solicitud deberá requisitarse en computadora, en máquina de escribir o con bolígrafo, en original y copia, sin utilizar abreviaturas y sin omitir alguno de los datos solicitados, con firma autógrafa del patrón o representante legal.

B. La solicitud deberá presentarse en el Departamento de Auditoría a Patrones de la Subdelegación que corresponda a su registro patronal. En caso de que la corrección comprenda la totalidad de los registros patronales, el trámite respectivo se podrá presentar en la Subdelegación que corresponda a su domicilio fiscal.

C. Los cuadros sombreados son para uso exclusivo del IMSS.

D. Para el llenado de los campos se deberá anotar:

| No. | Datos | Anotar |
|-----|---|---|
| 1. | Subdelegación | Nombre de la Subdelegación en la que se presenta el trámite: la que corresponda al registro patronal a corregir, o bien, en caso de que la corrección comprenda la totalidad de los registros patronales y se presente en la Subdelegación que corresponda a su domicilio fiscal, deberá anotar el nombre de esta última. |
| 2. | Nombre, denominación o razón social | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo: Nombre(s), primer apellido y segundo apellido, tratándose de persona física. - Denominación o razón social, tratándose de persona moral. |
| 3. | Folio de corrección | Folio asignado a la corrección patronal. |
| 4. | Registro Patronal | <ul style="list-style-type: none"> - El registro patronal a corregir. - En caso de corregir todos sus registros patronales anotar el registro patronal del domicilio fiscal. |
| 5. | CURP | Clave Unica del Registro de Población del patrón, cuando el patrón sea persona física. |
| 6. | Registro Federal de Contribuyentes | Registro Federal de Contribuyentes del patrón. |
| 7. | Domicilio fiscal | Domicilio fiscal del patrón. |
| 8. | Teléfono | Teléfono de contacto del patrón. |
| 9. | Correo electrónico | Correo electrónico de contacto del patrón. |
| 10. | Motivo por el que se solicita la prórroga | Razones por la que se solicita la prórroga. |
| 11. | Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal | Nombre(s), primer apellido y segundo apellido del patrón, o representante legal sin abreviaturas, y la firma autógrafa del patrón o representante legal. |
| 12. | Lugar | Estado, ciudad o municipio de la Subdelegación en donde se presenta la solicitud. |
| 13. | Fecha | Fecha de elaboración. |

México, D.F., a 25 de septiembre de 2013. El Director de Incorporación y Recaudación, **Tuffic Miguel Ortega**. Rúbrica.

(R. 378387)

ACUERDO SA2.HCT.280813/234.PDIR Y ANEXO UNICO REGLAS DE CARACTER GENERAL PARA EL USO DE LA FIRMA ELECTRONICA AVANZADA, CUYO CERTIFICADO DIGITAL SEA EMITIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA, EN LOS ACTOS QUE SE REALICEN ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Publicado en el D.O.F. del 14 de noviembre de 2013

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 28 de agosto del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280813/234.PDIR, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en los artículos 9, segundo párrafo, 15, fracciones I, II, III, IV, VIII, y último párrafo, 16, 251, fracciones IV, VIII, XIII, XX, XXIII y XXXVII, 263, 264, fracciones XIV y XVII, 286-L, 286-M y 286-N, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 5 y 6, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización; 17-C, 17-D, 17-E, 19 y 19-A, del Código Fiscal de la Federación; 35 y 69-C, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 31, fracciones II, IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; 7, 9 y demás aplicables, de la Ley de Firma Electrónica Avanzada; de conformidad con el planteamiento presentado por la Dirección General, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, mediante oficio 314 del 15 de agosto del 2013; y con base en la resolución tomada por el Comité del mismo nombre, del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 14 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.** Aprobar el uso de la Firma Electrónica Avanzada, cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en los actos que realicen ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, los derechohabientes, patrones, sujetos obligados, contadores públicos autorizados y público en general, cuando éstos opten por realizarlos mediante medios de comunicación electrónicos y firmarlos con la Firma Electrónica Avanzada, lo cual producirá los mismos efectos legales que los documentos presentados con firma autógrafa y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio que las disposiciones aplicables les otorgan a éstos. **Segundo.** Aprobar las ‘Reglas de carácter general para el uso de la Firma Electrónica Avanzada, cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en los actos que se realicen ante el Instituto Mexicano del Seguro Social’, que forman parte del presente Acuerdo como Anexo Unico. **Tercero.** Dejar sin efecto el Acuerdo ACDO.SA3.HCT.081210/382.PDIR, dictado por este Organismo de Gobierno en sesión del 8 de diciembre del 2010, relativo a la aprobación

de los 'Lineamientos para la adopción de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), expedida por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) en los trámites electrónicos o actuaciones electrónicas ante el IMSS', publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2010, y el diverso ACDO.SA3.HCT.270411/120.P.DIR, dictado por el H. Consejo Técnico en sesión del 27 de abril de 2011, relativo a la aprobación de los 'Lineamientos para la adopción de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), expedida por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), en los trámites electrónicos o actuaciones electrónicas que los contadores públicos autorizados realicen ante el IMSS', publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2011. **Cuarto.** Instruir a la Dirección Jurídica a efecto de que proceda el trámite para la publicación en el Diario Oficial de la Federación, del presente Acuerdo y su Anexo Unico que mediante el mismo se aprueban. **Quinto.** El presente Acuerdo, así como las Reglas de Carácter General a que se refiere el punto Segundo del mismo, entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente.

México, D.F., a 29 de agosto de 2013. El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García**. Rúbrica.



EDITORIAL ISEF

ANEXO UNICO

“REGLAS DE CARACTER GENERAL PARA EL USO DE LA FIRMA ELECTRONICA AVANZADA, CUYO CERTIFICADO DIGITAL SEA EMITIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA, EN LOS ACTOS QUE SE REALICEN ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

1. OBJETO.

Las presentes Reglas de carácter general tienen por objeto regular el uso de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en los actos que se realicen ante el Instituto Mexicano del Seguro Social mediante la zona aplicativa Web que el Instituto ponga a disposición de los interesados para tal efecto.

2. GLOSARIO DE TERMINOS.

Para los efectos de las presentes Reglas, serán aplicables las definiciones establecidas en el artículo 5-A, de la Ley del Seguro Social, así como las siguientes:

I. Actos: Las comunicaciones, trámites, servicios, actos jurídicos y administrativos que se presenten de manera electrónica ante el Instituto, a través de la zona aplicativa Web del IMSS en los cuales los derechohabientes, patrones, sujetos obligados, contadores públicos autorizados y público en general, sean personas físicas o morales, utilicen la FIEL.

II. Actuaciones: Las comunicaciones que emita el IMSS respecto de los actos a que se refieren estas Reglas de carácter general y que sean comunicadas mediante la zona aplicativa Web del IMSS.

III. Acuse de Recibo Electrónico: El mensaje de datos que se emite o genera a través de medios de comunicación electrónica para acreditar de manera fehaciente la fecha y hora de recepción de documentos electrónicos relacionados con los actos presentados ante el Instituto, mismo que tendrá igual validez en su formato electrónico que en su representación impresa.

IV. Cadena original: Expresión que incluirá: la versión del acuse; invocante; folio del acuse; fecha y hora, Registro Federal de Causantes (en su caso); nombre o razón social; Clave Unica del Registro de Población (en su caso); número de registro patronal (en su caso); número de seguridad social (en su caso); hash para cada archivo anexo y nombre del acto.

V. Certificado Digital: El mensaje de datos emitido y registrado por el SAT como vigente, que confirma el vínculo entre un firmante y su clave privada.

VI. Clave Privada: Los datos que el firmante genera de manera secreta y utiliza para crear su FIEL, a fin de lograr el vínculo entre dicha FIEL y el firmante.

VII. Clave Pública: Los datos contenidos en un certificado digital que permiten la verificación de la autenticidad de la FIEL del firmante.

VIII. Contadores Públicos Autorizados: Los contadores públicos autorizados por el IMSS para dictaminar el cumplimiento de las obligaciones patronales.

IX. CURP: La Clave Unica de Registro de Población.

X. Documento Electrónico: Aquel que es generado por medios electrónicos y que contiene un mensaje de datos, la firma electrónica correspondiente y los datos necesarios para su validación, mismo que mantiene igual validez al ser consultado y procesado, tanto por medios electrónicos como a través de su representación impresa.

XI. Firma Electrónica Avanzada o FIEL: Conjunto de datos asociados a un mensaje de datos, que permiten asegurar la identidad de aquel que expresa su voluntad y la integridad (no modificación posterior) del mensaje de datos. La FIEL se compone de un certificado digital vigente expedido por el SAT o por un prestador de servicios de certificación autorizado por Banco de México, y claves públicas y privadas, las cuales se generan conforme al Código Fiscal de la Federación, la Ley de Firma Electrónica Avanzada, y sus disposiciones secundarias.

XII. Firmante: Toda persona física o moral que expresa su voluntad o conformidad con un mensaje de datos a través de su FIEL.

XIII. Hash: Es un número generado a partir de una cadena de texto mediante una función de un solo sentido (esto es, no reversible a partir de su resultado) tal que no existen dos cadenas de textos distintas que produzcan el mismo número.

XIV. IMSS o Instituto: El Instituto Mexicano del Seguro Social.

XV. Medios de Comunicación Electrónica: Los dispositivos tecnológicos que permiten efectuar la transmisión y recepción de mensajes de datos y documentos electrónicos.

XVI. Medios Electrónicos: Los dispositivos tecnológicos para el procesamiento, impresión, despliegue, conservación y, en su caso, modificación de información.

XVII. Mensaje de Datos: La información generada, enviada, recibida, archivada o comunicada a través de medios de comunicación electrónica, ópticos, o de cualquier otra tecnología, que puede contener documentos electrónicos.

XVIII. NPIE: Número Patronal de Identificación Electrónica.

XIX. Página Web: El sitio en Internet que a través del estándar Web, despliega páginas en formato electrónico que pueden ser visualizadas en aplicaciones de amplia disponibilidad, llamadas navegadores Web y que contienen información, aplicaciones y, en su caso, vínculos a otras páginas.

XX. Particulares: Los derechohabientes, patrones, sujetos obligados, contadores públicos autorizados y público en general, sean personas físicas o morales, que realicen actos ante el IMSS.

XXI. Representación Impresa: El documento representado en papel, que contenga todos los elementos necesarios para conocer el contenido del mensaje firmado, la firma electrónica avanzada y/o sello electrónico asociados al mismo, así como los datos necesarios para la validación electrónica. Opcionalmente podrá contener elementos convencionales de seguridad y confianza asociados al uso del papel.

XXII. RFC: Registro Federal de Contribuyentes.

XXIII. SAT: Servicio de Administración Tributaria, órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

XXIV. Sello digital: Es una firma digital emitida por el IMSS.

XXV. Zona Aplicativa Web del IMSS: La sección claramente identificada dentro de la página Web del IMSS, definida para el envío y recepción de documentos electrónicos y mensaje de datos, así como para la consulta de información relacionada con los actos y actuaciones a que se refieren estas Reglas de carácter general.

3. SUJETOS DE APLICACION.

Son sujetos de aplicación de las presentes Reglas de carácter general, los derechohabientes, patrones, sujetos obligados, contadores públicos autorizados y público en general, sean personas físicas o morales, que mediante la autenticación con la FIEL y uso de la misma, manifiesten expresamente su voluntad de realizar actos mediante la zona aplicativa Web del IMSS, y los firmen mediante la FIEL.

4. DISPOSICIONES GENERALES.

4.1 Los particulares podrán optar por realizar ante el IMSS, los actos que estén habilitados en la zona aplicativa Web del IMSS, de manera electrónica y mediante el uso de la FIEL, en cuyo caso deberán contar con un certificado digital vigente emitido por el SAT y las claves públicas y privadas que conforman la FIEL, así como seguir los procedimientos que se señalen en el manual de usuario que expida el Instituto para tal efecto.

4.2 La expedición, renovación, revocación y registro del certificado digital, así como la generación de las claves públicas y privadas que conforman la FIEL, se deberán realizar ante el SAT, cumpliendo con los requisitos y procedimientos establecidos en el Código Fiscal de la Federación, su reglamentación secundaria en la materia y, en su caso, por la Ley de la Firma Electrónica Avanzada.

4.3 La FIEL tiene la misma validez jurídica que la firma autógrafa, por lo cual todos los actos, documentos electrónicos y mensajes de datos que se firmen con los datos de generación de la FIEL asociados al certificado digital, serán imputables a su titular, por lo que es de exclusiva responsabilidad de éste el resguardo del certificado digital y la confidencialidad de la clave privada que conforma la FIEL, con el fin de evitar la utilización no autorizada de la misma.

4.4 La FIEL contenida en los documentos electrónicos y los mensajes de datos garantizará y dará certeza de lo siguiente:

I. Que el documento electrónico o mensaje de datos, ha sido emitido por el Firmante de manera tal que su contenido le es atribuible al igual que las consecuencias jurídicas que de él deriven;

II. Que el documento electrónico o mensaje de datos, ha permanecido completo e inalterado desde su firma, con independencia de los cambios que hubiere podido sufrir el medio que lo contiene como resultado del proceso de comunicación, archivo o presentación;

III. Que dicha firma corresponde exclusivamente al firmante, por lo que todos los documentos electrónicos o mensajes de datos presentados con la misma serán imputables a su titular y no serán susceptibles de repudio, con lo que se garantiza la autoría e integridad del documento; y

IV. Que el documento o mensaje sólo puede ser cifrado por el firmante y el receptor.

4.5 La autenticación de los particulares, así como los documentos electrónicos y mensajes de datos firmados con la FIEL, serán considerados hechos legítimos y auténticamente por el firmante y, en caso de personas morales, por el administrador único, el Presidente del Consejo de Administración o la persona o personas, cualquiera que sea el nombre con el que se les designe, que tengan conferida la dirección general, la gerencia general o la administración de la persona moral de que se trate, en el momento en el que se realizó el acto correspondiente. Lo anterior, no admitirá prueba en contrario ante el IMSS, y el titular del certificado digital será el responsable de las consecuencias jurídicas que deriven de los actos que se realicen ante el IMSS utilizando la FIEL.

4.6 En caso de pérdida, robo o destrucción de la FIEL, o cualquier otro evento que ponga en riesgo la confidencialidad de los certificados electrónicos, las llaves o claves que conforman la FIEL, la persona física o moral, bajo su absoluta responsabilidad, deberá proceder con su inmediata revocación o reposición ante el SAT, sujetándose a los procesos y lineamientos que este último determine.

5. DEL USO DE LA FIEL EN LOS ACTOS ANTE EL IMSS.

5.1 El uso de la FIEL para la realización de actos ante el Instituto mediante medios electrónicos, estará sujeto a que el Instituto ponga a disposición de los particulares, a través de la zona aplicativa Web del IMSS, las herramientas tecnológicas necesarias para la generación y envío de documentos electrónicos y mensajes de datos, así como para la autenticación del usuario y firma de los mismos mediante la FIEL. Para tal efecto, el Instituto emitirá y pondrá a disposición de los particulares, los manuales de usuario que considere necesarios, en los cuales se detallarán los pasos y procedimientos a seguir para la presentación de actos mediante el uso de la FIEL.

5.2 Para realizar actos ante el Instituto de manera electrónica y mediante el uso de la FIEL, los particulares, deberán registrarse como usuarios de la zona aplicativa Web del IMSS, para lo cual deberán proporcionar su CURP y/o RFC, así como autenticarse con el certificado digital, las llaves públicas y privadas que conforman su FIEL. Esta información será convalidada al momento y vía remota por el IMSS ante el Registro Nacional de Población y el SAT, respectivamente, a

fin de verificar la identidad del usuario y la vinculación de éstos con la FIEL utilizada. En caso de que el certificado digital no esté vigente o la identidad del usuario no coincida con el titular de la FIEL utilizada, el usuario no podrá ser registrado en la zona aplicativa Web del IMSS.

5.3 Una vez autenticado el firmante, se tendrá por válido y sin que se admita prueba en contrario, el vínculo entre el firmante y los datos que fueron utilizados para la creación de la respectiva FIEL, generándose el acceso y registro de la persona de que se trate como usuario de la zona aplicativa Web del IMSS. Las personas registradas como usuario de la zona aplicativa Web del IMSS, podrán acceder al mismo con el uso de su FIEL.

5.4 Los particulares podrán presentar actos a través de la zona aplicativa Web del IMSS, mediante el uso de la FIEL de su representante legal, quien efectivamente debe detentar esa representación, y contar con poder suficiente y debidamente otorgado conforme a la legislación civil, para realizar actos ante el IMSS, según lo requiere la legislación y normativa aplicable. Para tal efecto, el representante legal deberá registrarse conforme a lo señalado en las reglas 5.2 y 5.3 anteriores. Posteriormente, a través de la zona aplicativa Web del IMSS, el particular representado se autenticará mediante el uso de su FIEL y firmará conjuntamente con su representante legal, cada uno con su respectiva FIEL y en momentos sucesivos inmediatos, la Carta de Términos y Condiciones que forma parte de las presentes reglas para tales efectos, en la cual se efectuará la autorización respectiva de que el representante legal podrá presentar actos ante el IMSS mediante el uso de su FIEL, en representación de la persona física o moral de que se trate.

5.5 Una vez autorizado conforme a la regla anterior, los actos que firme el representante legal con su FIEL a través de la zona aplicativa Web del IMSS, a nombre y cuenta del representado, serán considerados hechos legítimos y auténticamente por el firmante, siendo el representado el único responsable ante el IMSS de las consecuencias jurídicas que deriven de los actos que haya realizado el representante legal. Lo anterior, no admitirá prueba en contrario ante el IMSS, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que pueda seguir el representado en contra de su representante legal por cualquier acto u omisión indebido en el cumplimiento de su mandato.

5.6 Los particulares, por sí mismos o a través de sus representantes legales, podrán en cualquier momento, dejar sin efectos la autorización del uso de la FIEL de sus representantes legales para realizar actos ante el IMSS por cuenta y nombre de ellos; para lo cual, firmarán con su respectiva FIEL la baja correspondiente.

5.7 Todos los actos que los particulares realicen ante el Instituto a través de sus representantes legales mediante el uso de la FIEL, se tendrán por válidos en tanto no se les revoque la autorización correspondiente ante el IMSS. Por lo anterior, queda bajo la absoluta responsabilidad del representado dejar sin efectos la autorización del uso de la FIEL de sus representantes legales para realizar actos ante el IMSS por cuenta y nombre de ellos, cuando los poderes de los mismos hayan sido revocados o cuando así convenga a sus intereses.

5.8 Los particulares, que se registren en la zona aplicativa Web del IMSS, se obligarán a lo siguiente:

I. Firmar con la FIEL todos los actos que efectúen mediante la zona aplicativa Web del IMSS, por su nombre y cuenta o, en su caso, en representación de un tercero, en tanto no sean revocadas sus facultades de representación, así como efectuar por medio de dicho aplicativo cualquier otra promoción que deba seguirse respecto de los mismos hasta su conclusión.

II. Aceptar la Carta de Términos y Condiciones que forma parte de las presentes Reglas de carácter general.

III. Enviar mediante la zona aplicativa Web del IMSS la información correcta y completa según lo señalen las disposiciones legales o reglamentarias que correspondan para realizar los actos; en su defecto el Instituto podrá requerir la información necesaria para dar cumplimiento a las mismas.

IV. Proporcionar al IMSS una dirección de correo electrónico para recibir, cuando corresponda, actuaciones emitidas por el IMSS.

V. Reenviar la información cuando los archivos remitidos contengan virus informáticos o no puedan abrirse por cualquier causa motivada por problemas técnicos.

6. DE LAS ACTUACIONES.

6.1 Por cada acto que realicen los particulares utilizando su FIEL, por sí mismos o por conducto de sus representantes legales, se emitirá un acuse de recibo electrónico, siendo éste el medio para acreditar de manera fehaciente la fecha y hora de recepción de los mensajes de datos y documentos electrónicos enviados mediante la zona aplicativa Web del IMSS.

6.2 El acuse de recibo electrónico para hacer constar la recepción de actos, documentos electrónicos y mensajes de datos mediante la zona aplicativa Web del IMSS, deberá contener como mínimo los siguientes elementos:

I. Constancia de transmisión y recepción.

II. Fechas electrónicas.

III. El contenido del acto que resulte suficiente para describirlo de forma completa y única, incluyendo como mínimo los datos de identificación del particular, la fecha y hora, y los valores críticos del acto.

IV. Nombre, denominación o razón social del particular y, en su caso, el de su representante o persona autorizada.

V. Registro Patronal, en su caso.

VI. Registro Federal de Contribuyentes, en su caso.

VII. Clave Unica del Registro de Población, en su caso.

VIII. Denominación del acto.

IX. Sello digital.

X. Cadena original; y

XI. Folio.

6.3 El IMSS deberá conservar en medios electrónicos, los mensajes de datos y los documentos electrónicos con FIEL, derivados de los actos que se realicen a través de su zona aplicativa Web, durante los plazos de conservación previstos en la Ley del Seguro Social y su marco reglamentario, así como los ordenamientos aplicables, según la naturaleza de la información.

7. FACULTADES DE COMPROBACION.

7.1 Lo dispuesto en estos Lineamientos no limita las facultades de comprobación de las autoridades fiscales.

8. SANCIONES.

8.1 La falta de vigencia o revocación del certificado digital que ampara la FIEL, no eximirá a la persona física o moral de cumplir con sus obligaciones ante el IMSS, aun cuando actúe a través de sus representantes legales; por lo cual, será su responsabilidad tener vigente el certificado digital que ampara su FIEL o realizar las gestiones que considere necesarias, con el fin de dar cabal cumplimiento a las mismas, de conformidad con la Ley del Seguro Social, sus Reglamentos y demás disposiciones aplicables.

8.2 Será responsabilidad del particular la presentación al Instituto de información correcta, completa y verdadera, en el cumplimiento de las obligaciones a su cargo, en caso contrario será sujeto a las sanciones que conforme a las disposiciones legales procedan.

9. TRANSITORIO

UNICO. El uso del NPIE y su certificado digital expedido por el IMSS para realizar actos ante el mismo, será sustituido progresivamente por el uso de la FIEL, conforme el propio Instituto vaya poniendo a disposición de los particulares y usuarios las herramientas tecnológicas necesarias en la zona aplicativa Web del IMSS para realizar actos ante el Instituto, autenticándose el particular y firmando mediante la FIEL.

CARTA DE TERMINOS Y CONDICIONES PARA UTILIZAR LA FIRMA ELECTRONICA AVANZADA EN LOS ACTOS QUE SE REALICEN ANTE EL IMSS

Con fundamento en las “Reglas de carácter general para el uso de la firma electrónica avanzada, cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en los actos que se realicen ante el Instituto Mexicano del Seguro Social”, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el _____ de _____ de 2013, los particulares, ya sean personas físicas y morales, podrán optar por realizar los actos que señala la Ley del Seguro Social, sus Reglamentos y demás disposiciones que de ella emanen, de manera electrónica y firmándola directamente con su firma electrónica avanzada (FIEL) o la de su representante legal, cuyo certificado digital esté vigente y haya sido emitido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), siempre que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ponga a disposición de los particulares las herramientas tecnológicas necesarias para ello.

La FIEL sustituye la firma autógrafa del firmante y producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos con firma autógrafa, teniendo el mismo valor probatorio. Asimismo, con el uso de la FIEL se tiene por reconocida la garantía de la autoría del firmante y de la integridad de los documentos electrónicos que se firmen con ella y, por ende, el contenido de los mismos no podrá desconocerse ni admitirá prueba en contrario.

La expedición de los certificados digitales y la generación de las claves públicas y privadas que conforman la FIEL de personas físicas y morales, se registrarán por el Código Fiscal de la Federación, su reglamentación secundaria en la materia y, en su caso, por la Ley de la Firma Electrónica Avanzada. Por lo tanto, la expedición de los certificados digitales, su renovación, revocación y demás trámites relacionados con la FIEL, se deberán realizar ante el SAT, cumpliendo con los requisitos y procedimientos establecidos en la normatividad aplicable.

Los particulares, ya sean personas físicas o morales, que opten por autenticarse y/o realizar actos ante el IMSS con el uso de su FIEL, reconocen que es de su exclusiva responsabilidad el resguardo del certificado digital y la confidencialidad de la clave privada que conforma su FIEL, con el fin de evitar la utilización no autorizada de la misma. Por lo tanto, en cualquier acto firmado con la FIEL se tendrá por válido y sin que se admita prueba en contrario, el vínculo entre el firmante, sea persona moral o física, y los datos que fueron utilizados para la creación de la respectiva FIEL; por lo cual, los actos firmados con la FIEL serán imputables al titular del certificado digital que se haya utilizado.

Los actos firmados con la FIEL serán considerados hechos legítimos y auténticamente por el firmante y, en caso de personas morales, por el administrador único, el Presidente del Consejo de Administración o la persona o personas, cualquiera que sea el nombre con el que se les designe, que tengan conferida la dirección general, la gerencia general o la administración de la persona moral de que se trate, en el momento en el que se presentaron los documentos digitales. Lo anterior no admitirá prueba en contrario ante el IMSS y el

titular del certificado digital será responsable de las consecuencias jurídicas que deriven de los actos que se realicen ante el IMSS utilizando la FIEL.

Los particulares, ya sean personas físicas o morales, podrán realizar actos a través de la FIEL de sus representantes legales, siempre que éstos sean señalados por aquéllos y así sea aceptado mediante consentimiento expreso de ambos ante el IMSS, para lo cual firmarán mancomunadamente, con sus respectivas FIEL y en momentos sucesivos inmediatos, el documento electrónico que el Instituto ponga a su disposición para tal efecto.

En caso de pérdida, robo o destrucción de la FIEL, o cualquier otro evento que ponga en riesgo la confidencialidad de los certificados electrónicos, las llaves o claves que conforman la FIEL, o la utilización no autorizada de la FIEL, la persona física o moral, bajo su absoluta responsabilidad, deberá proceder con su inmediata revocación o reposición ante el SAT, sujetándose a los procesos y lineamientos que el mismo determine.

La falta de vigencia o revocación del certificado digital que ampara la FIEL, no eximirá a la persona física o moral de cumplir con sus obligaciones ante el IMSS; por lo cual, será su responsabilidad tener vigente el certificado digital que ampara su FIEL en los tiempos en que deba presentar cualquier promoción o trámite ante el IMSS, de conformidad con la Ley del Seguro Social, sus Reglamentos y demás disposiciones aplicables.

Los términos y condiciones antes señalados son aplicables a la aceptación de los mismos que en este acto realice el firmante, mediante su firma electrónica FIEL.

Declaro que he leído y conozco los términos y condiciones así como las "Reglas de Carácter General para el uso de la Firma Electrónica Avanzada, cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en los actos que se realicen ante el Instituto Mexicano del Seguro Social" y voluntariamente acepto los alcances legales de los mismos, mediante la firma electrónica FIEL.

[FECHA]

[SE FIRMA EL DOCUMENTO CON FIEL]

[SELLO DIGITAL]

[CADENA ORIGINAL]

CARTA DE TERMINOS Y CONDICIONES PARA UTILIZAR LA FIRMA ELECTRONICA AVANZADA DE UN REPRESENTANTE LEGAL, PARA PRESENTAR ACTOS ANTE EL IMSS EN REPRESENTACION DE UNA PERSONA FISICA O MORAL

Con fundamento en las “Reglas de carácter general para el uso de la firma electrónica avanzada, cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en los actos que se realicen ante el Instituto Mexicano del Seguro Social”, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el _____ de _____ de 2013, los particulares, ya sean personas físicas o morales, podrán optar por realizar los actos que señala la Ley del Seguro Social, sus Reglamentos y demás disposiciones que de ella emanen, de manera electrónica y firmándola directamente con su firma electrónica avanzada (FIEL) o la de su representante legal, cuyo certificado digital esté vigente y haya sido emitido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), siempre que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ponga a disposición de los interesados las herramientas tecnológicas necesarias para ello.

La FIEL sustituye la firma autógrafa del firmante y producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos con firma autógrafa, teniendo el mismo valor probatorio. Asimismo, con el uso de la FIEL se tiene por reconocida la garantía de la autoría del firmante y de la integridad de los documentos electrónicos que se firmen con ella y, por ende, el contenido de los mismos no podrá desconocerse ni admitirá prueba en contrario.

La expedición de los certificados digitales y la generación de las claves públicas y privadas que conforman la FIEL de personas físicas y morales, se regirán por el Código Fiscal de la Federación, su reglamentación secundaria en la materia y, en su caso, por la Ley de la Firma Electrónica Avanzada. Por lo tanto, la expedición de los certificados digitales, su renovación, revocación y demás trámites relacionados con la FIEL, se deberán realizar ante el SAT, cumpliendo con los requisitos y procedimientos establecidos en la normatividad aplicable.

En caso de pérdida, robo o destrucción de la FIEL, o cualquier otro evento que ponga en riesgo la confidencialidad de los certificados electrónicos, las llaves o claves que conforman la FIEL, la persona física o moral, bajo su absoluta responsabilidad, deberá proceder con su inmediata revocación o reposición ante el SAT, sujetándose a los procesos y lineamientos que el mismo determine.

Los particulares, ya sean personas físicas o morales, que opten por realizar actos ante el IMSS a través de la FIEL de sus representantes legales, deberán firmar mancomunadamente, con sus respectivas FIEL y en momentos sucesivos inmediatos, el presente documento, manifestando, bajo protesta de decir verdad, lo siguiente:

1. Reconocen que es de su exclusiva responsabilidad el resguardo del certificado digital y la confidencialidad de la clave privada que conforman sus respectivas FIEL, con el fin de evitar la utilización no autorizada de las mismas. Por lo tanto, mediante la firma del presente documento con la FIEL, se tendrá por válido y sin que se admita prueba en contrario, el vínculo entre cada firmante, sea persona moral o física, y los datos que fueron utilizados para la creación de la

respectiva FIEL; por lo cual, la aceptación del presente documento serán imputables a los titulares de los certificados digitales que se hayan utilizado.

2. El firmado del presente documento con la FIEL será considerado hecho legítima y auténticamente por los firmantes y, en caso de personas morales, por el administrador único, el Presidente del Consejo de Administración o la persona o personas, cualquiera que sea el nombre con el que se les designe, que tengan conferida la dirección general, la gerencia general o la administración de la persona moral de que se trate, en el momento en el que se presentaron los documentos digitales.

3. Lo anterior no admitirá prueba en contrario ante el IMSS y el titular del certificado digital será responsable de las consecuencias jurídicas que derive de la aceptación del presente documento.

4. La persona física o moral que sea titular del certificado digital que se utilice para firmar el presente documento en carácter de representado, tendrá dicho carácter ante el IMSS y, en este acto, autoriza a realizar actos por su nombre y cuenta ante el IMSS, a la persona física que es titular del certificado digital que se utiliza para firmar este documento en carácter de representante legal, quien efectivamente detenta esa representación, contando con poder suficiente y debidamente otorgado conforme a la legislación civil, para realizar actos ante el IMSS, según lo requiere la legislación y normativa aplicable.

5. La persona física que es titular del certificado digital que se utiliza para firmar este documento en carácter de representante legal, tendrá dicho carácter ante el IMSS y, en este acto, acepta realizar mediante el uso de su propia FIEL, actos por cuenta y nombre de su representado ante el IMSS en tanto no sean revocadas sus facultades de representación.

6. Los actos que firme el representante legal con su FIEL, a nombre y cuenta del representado, serán considerados hechos legítima y auténticamente por el firmante, siendo el representado el único responsable ante el IMSS de las consecuencias jurídicas que deriven de los actos que haya realizado el representante legal. Lo anterior, no admitirá prueba en contrario ante el IMSS, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que pueda seguir el representado en contra de su representante legal por cualquier acto u omisión indebido en el cumplimiento de su mandato.

7. Los particulares, por sí mismos o a través de sus representantes legales, podrán en cualquier momento, dejar sin efectos la autorización del uso de la FIEL de sus representantes legales para realizar actos ante el IMSS por cuenta y nombre de ellos; para lo cual, firmarán con su respectiva FIEL la baja correspondiente que el Instituto ponga a su disposición para tal efecto.

8. El representado en este acto expresamente ratifica todos los actos que por su nombre y cuenta, realice ante el Instituto su representante legal mediante el uso de la FIEL, en tanto no se le revoque la autorización correspondiente ante el IMSS, en los términos establecidos en el presente documento. Por lo anterior, queda bajo la absoluta responsabilidad del representado dejar sin efectos la autorización del uso de la FIEL de sus representantes legales para realizar actos ante

el IMSS por cuenta y nombre de él, cuando los poderes de los mismos hayan sido revocados o cuando así convenga a sus intereses.

9. La falta de vigencia o revocación del certificado digital que ampara la FIEL del representante legal, no eximirá a la persona física o moral de cumplir con sus obligaciones ante el IMSS; por lo cual, será su responsabilidad realizar las gestiones necesarias para cumplir cabalmente con las mismas, de conformidad con la Ley del Seguro Social, sus Reglamentos y demás disposiciones aplicables.

Los firmantes del presente documento declaran, bajo protesta de decir verdad, que las manifestaciones anteriores son ciertas, y que conocen de las penas en que incurren quienes declaran falsamente ante una autoridad distinta de la judicial, y que son sabedores de las demás responsabilidades civiles y administrativas que se pudieran derivar por ello.

Declaramos que hemos leído y conocemos los términos y condiciones, así como las "Reglas de Carácter General para el uso de la Firma Electrónica Avanzada, cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en los actos que se realicen ante el Instituto Mexicano del Seguro Social", y que voluntariamente aceptamos los alcances legales de los mismos, mediante nuestras firmas electrónicas FIEL.

[FECHA]

[SE FIRMA EL DOCUMENTO CON FIEL POR EL REPRESENTANTE LEGAL Y EL REPRESENTADO]

[SELLO DIGITAL]

[CADENA ORIGINAL]

México, D.F., a 28 de agosto de 2013. El Director de Incorporación y Recaudación, **Tuffic Miguel Ortega**. Rúbrica.

(R. 379141)

ACUERDO ACDO.SA2.HCT.260912/241.PDPES Y ANEXOS, DICTADO POR EL H. CONSEJO TÉCNICO EN LA SESION ORDINARIA CELEBRADA EL 26 DE SEPTIEMBRE DEL PRESENTE AÑO, RELATIVO A LA PETICION PARA DEJAR SIN EFECTOS EL AVISO MEDIANTE EL CUAL SE DA A CONOCER EL FORMATO DENOMINADO SOLICITUD DE INGRESO E INSCRIPCION A GUARDERIAS DEL IMSS, PUBLICADO EL 14 DE JULIO DE 2005

Modificado con el D.O.F. del 23 de abril de 2015

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General. Oficio No. 09-9001-030000/

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el 26 de septiembre del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.260912/241.PDPES, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones IV, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 31, fracciones IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y conforme al planteamiento presentado por la Dirección General por conducto de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficio 432 del 14 de septiembre de 2012, así como de la resolución tomada por el Comité de Prestaciones Económicas y Sociales, del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 12 del mes y año citados, Acuerda: **Primero.** Dejar sin efectos el aviso mediante el cual se da a conocer el formato denominado: ‘Solicitud de Ingreso e Inscripción a Guarderías del IMSS’, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 2005; así como los datos, documentos específicos, procedimientos, formatos e instructivos de llenado, plazos máximos de resolución y vigencia del trámite, correspondiente a la solicitud de ingreso e inscripción de Guarderías en todas sus modalidades, contenida en el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280312/86.PDPES, dictado por este Organismo de Gobierno en sesión del 28 de marzo de 2012 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de julio del año en citado. **Segundo.** Autorizar la modificación de la denominación del trámite ‘Solicitud de Ingreso e Inscripción a Guarderías del IMSS’, para quedar como: ‘Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS’. **Tercero.** Aprobar los datos y documentos específicos, que se deben proporcionar para el trámite de ‘Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS’, en todas sus modalidades, así como el plazo máximo de resolución y vigencia del trámite, que se indican en el Anexo A, de este Acuerdo. **Cuarto.** Aprobar el formato e instructivo de llenado de la ‘Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS’, en todas sus modalidades, que se agrega como Anexo B, del presente Acuerdo. **Quinto.** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales para que, de manera directa o por conducto de sus unidades administrativas, dicte las instrucciones y criterios que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones, de las disposiciones contenidas en este Acuerdo y resuelvan

las dudas o aclaraciones que con ese motivo se presenten. **Sexto.** Instruir a la Dirección Jurídica, para que previo dictamen de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria obtenido por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, realice los trámites necesarios ante las instancias competentes, a efecto de que el presente Acuerdo y sus respectivos Anexos, se publiquen en el Diario Oficial de la Federación. **Séptimo.** Todos los trámites que lleva a cabo el Instituto Mexicano del Seguro Social, relacionados con la solicitud a que se refiere el presente Acuerdo, que se encuentren en proceso a la entrada en vigor del mismo, se seguirán realizando conforme a los procedimientos, datos y documentos vigentes en el momento en que se iniciaron. **Octavo.** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente

México, D.F., a 27 de septiembre de 2012. El Secretario General,
Juan Moisés Calleja García. Rúbrica.



EDITORIAL ISEF



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

ANEXO "A"

Anexo por el que se establecen los plazos máximos de resolución y vigencia de ésta, así como de los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar respectivamente, al trámite "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS", que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.



| Nombre del trámite y/o modalidad | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud | Plazo de prevención | Vigencia del trámite | Datos y documentos |
|--|---|---------------------|---|--|
| <p>Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS.</p> <p>Modalidades:</p> <p>A. De la trabajadora inscrita en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio.</p> <p>B. Del trabajador viudo inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio.</p> <p>C. Del trabajador divorciado inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio.</p> <p>D. Del trabajador que por resolución judicial ejerza la patria potestad y la custodia de un menor inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio.</p> | <p>Dos días hábiles, de contar con cupo.</p> | <p>Inmediato</p> | <p>En tanto subsistan las condiciones que le dieron origen.</p> | <p>Datos del Formato "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS":</p> <p>Del menor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre. - Fecha de nacimiento. <p>Del trabajador con derecho al servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teléfono del domicilio particular. - Teléfono celular. - Correo electrónico. - Matrícula (exclusivo para becarios IMSS). - Parentesco. <p>Del lugar de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre o Razón Social - Registro patronal. - Domicilio. - Teléfono(s) y extensión(es). <p>De las personas autorizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre. - Domicilio. - Teléfono particular. - Teléfono celular. <p>Documentos:</p> <p>Del menor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración del desarrollo del menor con discapacidad moderada para asignación de grupo (únicamente para solicitud de inscripción para el área de discapacidad en guardería integradora). <p>Del trabajador con derecho al servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constancia de plática de nuevo ingreso. <p>De las personas autorizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación oficial con fotografía (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional) o credencial ADIMSS. |

ACUERDO DE LA LSS



DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES
COORDINACION DEL SERVICIO DE GUARDERIA
PARA EL DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL

1 DE 3

| | |
|--|---|
| GUARDERIA _____ TELEFONO _____ NUMERO _____ | FECHA DE ELABORACION _____ DD MM AA |
| SALA _____ GRUPO _____ | |

SOLICITUD DE INSCRIPCION A GUARDERIA DEL IMSS

DATOS DEL MENOR

| | | | | | |
|---------------------------|------------------------|----|------------------------|-----------------|-------------|
| NOMBRE _____ | APELLIDO PATERNO _____ | | APELLIDO MATERNO _____ | NOMBRE(S) _____ | FOLIO _____ |
| FECHA DE NACIMIENTO _____ | DD | MM | AA | CURP _____ | |

DATOS DEL TRABAJADOR(A) CON DERECHO AL SERVICIO

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|
| NOMBRE _____ | APELLIDO PATERNO _____ | | APELLIDO MATERNO _____ | NOMBRE(S) _____ |
| DOMICILIO _____ | CALLE _____ | NUMERO EXT. _____ | NUMERO INT. _____ | COLONIA _____ |
| | ENTIDAD FEDERATIVA _____ | MUNICIPIO O DELEGACION _____ | | CODIGO POSTAL _____ |
| TEL. (PARTICULAR Y CELULAR) _____ | CORREO ELECTRONICO _____ | | | |
| CURP _____ | No. DE SEGURIDAD SOCIAL _____ | | | |
| UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION _____ | NUMERO _____ | MATRICULA DEL BECARIO _____ | | |
| | PARENTESCO _____ | | | |
| MADRE _____ | PADRE VIUDO _____ | PADRE DIVORCIADO C/CUSTODIA _____ | ASEGURADO C/PATRIA POTESTAD C/ CUSTODIA _____ | |

DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------|---------------------|
| EMPRESA _____ | NOMBRE O RAZON SOCIAL _____ | | | |
| REGISTRO PATRONAL _____ | | | | |
| DOMICILIO _____ | CALLE _____ | NUMERO EXT. _____ | NUMERO INT. _____ | COLONIA _____ |
| | ENTIDAD FEDERATIVA _____ | MUNICIPIO O DELEGACION _____ | | CODIGO POSTAL _____ |
| TELEFONO(S) _____ | EXT.(S) _____ | | | |

COMPROBANTE
INICIO DE TRAMITE

FIRMA O HUELLA DEL TRABAJADOR(A) CON DERECHO AL SERVICIO

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERIDICOS

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

ESTOS DATOS SERAN REQUISITADOS EN LA GUARDERIA

| | | | | |
|--|--|--|-------------------------------|-----------------------------|
| FECHA DE INSCRIPCION DD _____ MM _____ AA _____ | CONFORMIDAD DEL ASEGURADO(A) USUARIO(A) _____ | | DIRECTORA _____ | SELLO DE LA GUARDERIA _____ |
| | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL _____ | | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA _____ | |

- La documentación requerida para el trámite de inscripción deberá presentarse en la guardería solicitada.
- Cuando exista cupo y una vez presentada la totalidad de la documentación requerida, la resolución del trámite tendrá un plazo de dos días hábiles.
- El formato de esta solicitud se deberá imprimir en dos tantos, uno para el expediente del menor y otro para el trabajador(a) con derecho al servicio.
- Fundamento jurídico del trámite: Ley del Seguro Social (D.O.F.: 21 de diciembre de 1995; reformas y adiciones: artículos 201 al 207 y 251 fracción VI.
- Quejas y denuncias sírvase llamar al Centro de Contacto Ciudadano a los teléfonos (55) 20-00-30-00 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01800 FUNCION (3862466), desde Estados Unidos y Canadá al 18004352393, o a través del correo electrónico contactociudadano@funcionpublica.gob.mx. Organismo de Control IMSS, Avenida Revolución Número 1588, Colonia San Angel, Delegación Alvaro Obregón, C.P. 01000. Tel. 01 (55) 5238 2700 ext. 16526.
- Para cualquier aclaración, duda o información adicional respecto al trámite, puede dirigirse a:

Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente, Centro de Contacto del Instituto Mexicano del Seguro Social, al teléfono 01800 6232323 y a la Coordinación del servicio de Guardería para el Desarrollo Integral Infantil, a través de los teléfonos 01800900 1300 y (55) 52-38-27-00 ext. 14224 o a la dirección de correo electrónico guarderias@imss.gob.mx.

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCION**DEL MENOR**

- ACTA DE NACIMIENTO (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO Y COPIA SIMPLE PARA EL EXPEDIENTE).
- CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION CURP (ORIGINAL O IMPRESION DE INTERNET PARA COTEJO).
- CARTILLA NACIONAL DE SALUD (ORIGINAL PARA COTEJO).
- SOLICITUD DE EXAMEN MEDICO DE ADMISION* REQUISITADA
- 2 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL, CUANDO LA GUARDERIA NO CUENTE CON EL MEDIO PARA TOMARLAS.
- COPIA DEL COMPROBANTE DE INSCRIPCION COMO BENEFICIARIO Y ORIGINAL PARA COTEJO, CUANDO LA GUARDERIA NO CUENTE CON EL MEDIO PARA VERIFICAR VIGENCIA DE DERECHOS.
- VALORACION DEL DESARROLLO DEL MENOR CON DISCAPACIDAD MODERADA PARA ASIGNACION DE GRUPO*, EN CASO DE QUE SE SOLICITE INSCRIPCION PARA EL AREA DE DISCAPACIDAD EN GUARDERIA INTEGRADORA.

DEL TRABAJADOR(A) CON DERECHO AL SERVICIO

- CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION CURP (ORIGINAL O IMPRESION DE INTERNET PARA COTEJO).
- 3 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL, CUANDO LA GUARDERIA NO CUENTE CON EL MEDIO PARA TOMARLAS.
- CONSTANCIA DE TRABAJO EXPEDIDA POR EL PATRON (ORIGINAL PARA EXPEDIENTE), LA CUAL DEBERA CONTENER LOS SIGUIENTES DATOS: NOMBRE O RAZON SOCIAL, NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) ASEGURADO(A) CON DERECHO AL SERVICIO, NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, DOMICILIO, NOMBRE DE LA CALLE, NUMERO, COLONIA, ENTIDAD FEDERATIVA, CODIGO POSTAL, TELEFONO DEL LUGAR DE TRABAJO, REGISTRO PATRONAL, HORARIO DE TRABAJO, DIA(S) DE DESCANSO, PERIODO VACACIONAL (NUMERO DE DIAS AL AÑO) Y FIRMA DEL PATRON O DE SU REPRESENTANTE.
- IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA (CREDENCIAL PARA VOTAR, PASAPORTE, CEDULA PROFESIONAL) O CREDENCIAL ADIMSS. EN CASO DE QUE EL TRABAJADOR(A) ASEGURADO(A) CON DERECHO AL SERVICIO, SEA MENOR DE EDAD, CREDENCIAL DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA.
- SOLICITUD DE INSCRIPCION A GUARDERIA DEL IMSS.*
- CONSTANCIA DE PLATICA DE NUEVO INGRESO.*
- COMPROBANTE DE CERTIFICACION DE VIGENCIA Y CONTROL DEL DERECHO AL SERVICIO DE GUARDERIA* CUANDO LA GUARDERIA NO CUENTE CON EL MEDIO PARA VERIFICAR VIGENCIA DE DERECHOS.

ADICIONALMENTE:**PARA EL TRABAJADOR VIUDO CON DERECHO AL SERVICIO**

- ACTA DE DEFUNCION DE LA MADRE DEL MENOR (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO Y COPIA SIMPLE PARA EXPEDIENTE)

PARA EL TRABAJADOR DIVORCIADO CON DERECHO AL SERVICIO

- RESOLUCION JUDICIAL QUE INDIQUE LA CUSTODIA DEL MENOR (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO Y COPIA SIMPLE PARA EL EXPEDIENTE)

PARA EL TRABAJADOR(A) CON DERECHO AL SERVICIO QUE EJERZA LA PATRIA POTESTAD Y TENGA LA CUSTODIA DEL MENOR

- RESOLUCION JUDICIAL QUE INDIQUE QUE EJERCE LA PATRIA POTESTAD Y TIENE LA CUSTODIA DEL MENOR (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO Y COPIA SIMPLE PARA EL EXPEDIENTE)

PARA PERSONAS AUTORIZADAS PARA ENTREGAR Y RECOGER AL MENOR (DE UNA A TRES, MAYORES DE EDAD)

- IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA (CREDENCIAL PARA VOTAR O PASAPORTE O CEDULA PROFESIONAL) O CREDENCIAL ADIMSS
- CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION CURP
- 3 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL, CUANDO LA GUARDERIA NO CUENTE CON EL MEDIO PARA TOMARLAS.

*Documento proporcionado por la guardería

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el sistema de datos personales denominado "Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG)", con fundamento jurídico en los artículos 20, 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en relación con los artículos 22 de la Ley del Seguro Social, 7 del Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería y Acuerdo ACDO.842. HCT.040315/49.PDFES emitido por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social en sesión del 4 de marzo de 2015, los cuales serán utilizados, para atender las funciones de la Coordinación del Servicio de Guardería para el Desarrollo Integral Infantil establecidas en el numeral 8.5 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales para medir la calidad de los servicios que se proporcionan mediante la aplicación de encuestas de satisfacción o cualquier otro medio que considere el Instituto con la finalidad de contar con información oportuna y actualizada de toda persona asegurada que reciba el servicio de guardería para dar cumplimiento a la normatividad del IMSS en materia del seguro de guarderías que regula el trámite de inscripción a guardería.

| | |
|---------------------------------|---|
| OBJETIVO: | Documentar la solicitud de inscripción del menor a Guardería del IMSS. |
| ELABORA: | El trabajador(a) con derecho al servicio y personal designado por la Directora de la guardería. |
| FUENTE DE DATOS: | IMSS-trabajador(a) con derecho al servicio. |
| DISTRIBUCION Y UTILIDAD: | Original de la solicitud para el expediente del menor y copia para comprobante del trabajador(a) con derecho al servicio. |

Instrucciones de llenado de la Solicitud de Inscripción a guarderías del IMSS

DESCRIPCION DE CAMPOS**(Datos proporcionados por la guardería)**

| | |
|-------------------------|--|
| 1. GUARDERIA | Esquema y número asignado a la guardería solicitada. |
| 2. TELEFONO | Número telefónico de la guardería. |
| 3. SALA | Nombre de la sala a la que ingresará el menor conforme a la edad cronológica. |
| 4. GRUPO | Número o letra del grupo a la que ingresará el menor (requisita guardería). |
| 5. FECHA DE ELABORACION | Día, mes y año en que se requisita el formato. |
| 6. FOLIO | Número asignado por guardería para dar seguimiento a la solicitud de inscripción del menor. Conformado por 12 dígitos. |

DATOS DEL MENOR

| | |
|------------------------|---|
| 7. NOMBRE | Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del menor. |
| 8. FECHA DE NACIMIENTO | Día, mes y año del nacimiento del menor. |
| 9. CURP | Clave Unica de Registro de Población del menor. |

DATOS DEL TRABAJADOR(A) CON DERECHO AL SERVICIO

| | |
|-----------------------------------|--|
| 10. NOMBRE | Apellido paterno, apellido materno y nombre(s). |
| 11. DOMICILIO | Nombre de la calle, número exterior, número interior, Colonia, Entidad Federativa, Municipio o Delegación y Código Postal. |
| 12. TELEFONO PARTICULAR Y CELULAR | Número telefónico particular y de celular. |
| 13. CORREO ELECTRONICO | Dirección de correo electrónico. |
| 14. CURP | Clave Unica de Registro de Población. |
| 15. No. DE SEGURIDAD SOCIAL | Número de Seguridad Social (conformado por 11 caracteres). |
| 16. UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION | Número de la unidad de medicina familiar de adscripción. |
| 17. MATRICULA DEL BECARIO | Número de matrícula del becario. |
| 18. PARENTESCO | X en la modalidad correspondiente del trabajador(a) con derecho al servicio. |

DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

| | |
|--|---|
| 19. EMPRESA | Nombre o razón social de la empresa en la que labora el trabajador(a) con derecho al servicio. |
| 20. REGISTRO PATRONAL | Registro patronal de la empresa. |
| 21. DOMICILIO | Nombre de la calle, número exterior, número interior, Colonia, Entidad Federativa Municipio o Delegación y Código Postal. |
| 22. TELEFONO(S) Y EXT.(S) | Número telefónico y extensión de la empresa donde localizar al trabajador(a) con derecho al servicio. |
| 23. FIRMA O HUELLA DEL TRABAJADOR(A) CON DERECHO AL SERVICIO | Firma o huella digital en formato impreso. |

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

| | |
|-------------------------------------|---|
| 24. FECHA DE INSCRIPCION | Día, mes y año a partir del cual el menor queda inscrito en la guardería. |
| 25. NOMBRE COMPLETO, FIRMA O HUELLA | Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma o huella del asegurado(a) usuario(a). |
| 26. DIRECTORA DE LA GUARDERIA | Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma de la directora. |
| 27. SELLO DE LA GUARDERIA | Sello de la guardería. |

3220-009-160

México, D.F., a 4 de marzo de 2015. El Director de Prestaciones Económicas y Sociales, **David Palacios Hernández**. Rúbrica.

(R.410347)

ACUERDO 001/DIR Y SU ANEXO UNICO POR EL CUAL EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A TRAVES DE LA DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION, DA A CONOCER EL DISEÑO ESTANDARIZADO DE LOS FORMATOS DE TRAMITES CON MOTIVO DE LA APLICACION DE LA GRAFICA BASE PREVISTA EN EL MARCO DEL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE LA VENTANILLA UNICA NACIONAL PARA LOS TRAMITES E INFORMACION DEL GOBIERNO Y DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACION, OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA VENTANILLA UNICA NACIONAL, PUBLICADOS EL 3 DE FEBRERO Y EL 4 DE JUNIO DE 2015

Publicado en el D.O.F. del 31 de julio de 2015

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Incorporación y Recaudación. México. Gobierno de la República.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 9, 39, 251, fracción XXXVII y 268-A de la Ley del Seguro Social; 5, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3, 4, 32 fracción V y 75, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización; 2 fracción V, 3 fracción II inciso c); 4, 6 primer párrafo y fracción II, 71 fracciones XI y XXI, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como Tercero, Sexto y Séptimo, del Decreto por el que se establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno; y

CONSIDERANDO

Que el Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, establece que las diversas estrategias transversales previstas en dicho plan se aplicarán normativamente a través de programas especiales; derivado de ello, el 30 de agosto de 2013, se publicó en dicho medio de difusión oficial, el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, el cual incorpora, entre otros, el objetivo de “Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento”;

Que en el marco del objetivo antes referido, se incorporaron como líneas de acción de la Estrategia Digital Nacional las de “Desarrollar una oferta de trámites y servicios de calidad mediante un Catálogo Nacional de Trámites y Servicios del Estado (CNTSE)” y “Digitalizar los trámites y servicios del CNTSE e incorporarlos al portal

www.gob.mx de la Ventanilla Unica Nacional”, las cuales serán implementadas por las dependencias, entidades e instancias administrativas encargadas de la coordinación de la política en esa materia, que serán de observancia obligatoria para la Administración Pública Federal, a través de los programas respectivos;

Que el Artículo Primero del Decreto por el que se establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 2015, establece que su objeto es establecer la Ventanilla Unica Nacional, como el punto de contacto digital a través del portal de Internet www.gob.mx, el cual propiciará la interoperabilidad con los sistemas electrónicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de las empresas productivas del Estado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a éstas y en el ámbito de sus respectivas atribuciones;

Que el referido Decreto por el que se establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, dispone en sus Artículos Tercero fracciones III, V, Sexto y Séptimo, que la Ventanilla Unica Nacional tendrá como objetivos, entre otros, dotar de una imagen institucional integral y homogénea que permita a las personas identificar los diversos canales de atención; y proporcionar información respecto de los trámites, de manera homologada, estandarizada e integrada; para lo cual las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado deberán observar los criterios técnicos, metodologías, guías, instructivos, manuales, estándares, principios de homologación y demás instrumentos que emita la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública, en los que se establecerán las directrices y definiciones necesarias para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Unica Nacional, del Catálogo y del Sistema Nacional de Trámites y Servicios, para lo anterior las dependencias y entidades deberán adecuar los canales de atención para llevar a cabo los trámites en forma estandarizada y homologada;

Que las Disposiciones Generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Unica Nacional, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015, establece que las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado, deberán contribuir con lo que la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública determine para que la Ventanilla Unica Nacional sea el único punto de acceso a sus trámites e información; estandarizar los formatos y formularios alineándose a los estándares de diseño, es decir gráfica base y estructura de datos que establezca dicha Unidad;

Que conforme a lo previsto en el Artículo Cuarto Transitorio del Decreto por el que se establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno antes citado, la Ventanilla deberá iniciar su operación y funcionamiento dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del Decreto en comento;

Que el Plan de Trabajo formulado por este Instituto de conformidad con las Disposiciones Generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Unica Nacional publicadas

en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015, establece cinco etapas en las que de manera gradual se realizará la aplicación de la gráfica base a los formatos que se utilizan en sus trámites;

Que en una primera etapa, la Dirección de Incorporación y Recaudación aplicará el diseño estandarizado previsto por el Decreto y disposiciones citados, a siete formatos de trámites del Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria;

Que conforme a las consideraciones y fundamentos expuestos, los instructivos, manuales y formatos que expidan las dependencias de la Administración Pública Federal, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación previamente a su aplicación, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO 001/DIR por el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través la Dirección de Incorporación y Recaudación, da a conocer el Diseño Estandarizado de los Formatos de Trámites con motivo de la Aplicación de la Gráfica Base Prevista en el Marco del Decreto por el que se Establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno y de las Disposiciones Generales para la Implementación, Operación y Funcionamiento de la Ventanilla Unica Nacional, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero y el 4 de junio de 2015

ARTICULO PRIMERO. Se da a conocer en el “Anexo Unico” del presente Acuerdo, el diseño estandarizado de los formatos de los trámites del Instituto Mexicano del Seguro Social que se señalan a continuación, derivado de la aplicación de la gráfica base, que serán descargables a través del portal www.gob.mx, a los que fue aplicada la gráfica base:



EDITORIAL ISEF

| Formato | Homoclave | Denominación de trámite |
|--|------------------|--|
| Aviso de inscripción patronal o de modificación en su registro (AFIL-01) | IMSS-02-002-A | Aviso de modificación al registro patronal Modalidad A) Por cambio de nombre, denominación o razón social del registro patronal |
| | IMSS-02-002-B | Aviso de modificación al registro patronal Modalidad B) Por cambio de domicilio |
| | IMSS-02-002-C | Aviso de modificación al registro patronal Modalidad C) Por sustitución patronal |
| | IMSS-02-002-D | Aviso de modificación al registro patronal Modalidad D) Por fusión |
| | IMSS-02-002-E | Aviso de modificación al registro patronal Modalidad E) Por escisión |
| | IMSS-02-002-J | Aviso de modificación al registro patronal Modalidad J) Por clausura |
| | IMSS-02-002-K | Aviso de modificación al registro patronal Modalidad K) Por suspensión o término de actividades |
| Aviso de inscripción del trabajador (AFIL-02) | IMSS-02-007 | Solicitud de inscripción en la continuación voluntaria en el régimen obligatorio |
| | IMSS-02-038-A | Solicitud de aclaración de movimientos afiliatorios Modalidad A) Aclaración o rectificación a los movimientos afiliatorios de alta, reingreso, o modificación de salario |
| | IMSS-02-009 | Aviso de movimientos afiliatorios de trabajadores |
| | IMSS-02-001-A | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad A) Para persona física |
| | IMSS-02-001-B | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad B) Para persona física del campo |

| Formato | Homoclave | Denominación de trámite |
|---|---------------|--|
| | IMSS-02-001-C | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad C) Para persona moral |
| | IMSS-02-001-D | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad D) Para persona moral del campo |
| | IMSS-02-001-E | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad E) Para persona moral sindicato |
| | IMSS-02-001-F | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad F) Para persona física por clase |
| | IMSS-02-001-G | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad G) Para persona moral por clase |
| Aviso de modificación de salario del trabajador (AFIL-03) | IMSS-02-009 | Aviso de movimientos afiliatorios de trabajadores |
| | IMSS-02-038-A | Solicitud de aclaración de movimientos afiliatorios Modalidad A) Aclaración o rectificación a los movimientos afiliatorios de alta, reingreso, o modificación de salario |

| Formato | Homoclave | Denominación de trámite |
|--|------------------|---|
| Aviso de baja del trabajador o asegurado (AFIL-04) | IMSS-02-002-J | Aviso de modificación al registro patronal Modalidad J) Por clausura |
| | IMSS-02-002-K | Aviso de modificación al registro patronal Modalidad K) Por suspensión o término de actividades |
| | IMSS-02-013 | Solicitud de baja por pensión para trabajadores de empresas en procedimiento de huelga |
| | IMSS-02-038-C | Solicitud de aclaración de movimientos afiliatorios Modalidad C) Aclaración de movimientos afiliatorios de baja |
| | IMSS-02-009 | Aviso de movimientos afiliatorios de trabajadores |
| Carta de cancelación presencial | IMSS-02-043-B | Cancelación de número patronal de identificación electrónica (NPIE) y certificado digital Modalidad B) Presencial |
| Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado | IMSS-02-012 | Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado |
| Solicitud de registro o aviso de baja de beneficiario (SAV-002) | IMSS-02-066-A | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad A) Para registro de esposa (o) |
| | IMSS-02-066-B | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad B) Para actualización de datos de esposa (o) |
| | IMSS-02-066-C | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad C) Para baja de esposa (o) |
| | IMSS-02-066-D | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad D) Para registro de concubina (rio) |

| Formato | Homoclave | Denominación de trámite |
|----------------|------------------|--|
| | IMSS-02-066-E | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad E) Para actualización de datos de concubina (río) |
| | IMSS-02-066-F | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad F) Para baja de concubina (río) |
| | IMSS-02-066-G | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad G) Para registro de padre o madre |
| | IMSS-02-066-H | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad H) Para actualización de datos de padre o madre |
| | IMSS-02-066-I | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad I) Para baja de padre o madre |
| | IMSS-02-066-J | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad J) Para registro de hijo (a) |
| | IMSS-02-066-K | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad K) Para actualización de datos de hijo (a) |
| | IMSS-02-066-L | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad L) Para baja de hijo (a) |
| | IMSS-02-066-M | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad M) Para registro de asegurado (a) o pensionado (a) |
| | IMSS-02-066-N | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad N) Para actualización de datos de asegurado (a) o pensionado (a) |

| Formato | Homoclave | Denominación de trámite |
|---------|---------------|--|
| | IMSS-02-066-O | Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad O) Para baja de asegurado (a) o pensionado (a) |

ARTICULO SEGUNDO. Los formatos podrán reproducirse libremente en cualquier medio, siempre y cuando no sean alterados y en su caso, la impresión de los mismos se deberá hacer en hojas blancas tamaño carta.

ARTICULO TERCERO. El personal de los Organos Operativos competentes adscritos a los Organos de Operación Administrativa Desconcentrada del Instituto Mexicano del Seguro Social que otorgue la atención en ventanilla para la realización de los trámites descritos en el Artículo Primero, deberá proporcionar la orientación e información necesaria para la realización del trámite y el llenado del formato que corresponda.

TRANSITORIOS 2015

Publicados en el D.O.F. del 31 julio de 2015

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día hábil siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. El presente Acuerdo actualiza la imagen de los formatos de los trámites a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social enunciados en el Artículo Primero de este Acuerdo, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 16 de noviembre de 1999, 18 de enero 2005 y 22 de agosto de 2013.

TERCERO. Los asuntos que se encuentren pendientes de resolución a la fecha de publicación del presente Acuerdo se resolverán utilizando los formatos presentados al inicio de los mismos.

CUARTO. El Instituto Mexicano del Seguro Social realizará las acciones necesarias para efectuar las modificaciones que requieran sus sistemas informáticos para la aplicación de los conceptos que integran el diseño estandarizado requerido por la Ventanilla Unica Nacional; en el lapso en que se realicen dichas adecuaciones, el Instituto podrá aplicar dicho diseño estandarizado de forma gradual en aquellos sistemas institucionales que así lo permitan, o que cuenten con la viabilidad técnica para ser modificados. En tanto los sistemas informáticos seguirán operando conforme su funcionamiento actual.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintidós días del mes de julio de dos mil quince. El Director de Incorporación y Recaudación, **Tuffic Miguel Ortega**. Rúbrica.

ANEXO UNICO

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01)

| | | | |
|--|------------------|--|--|
| Fecha de publicación del formato en el DOF | | Fecha de solicitud del trámite | |
| DD / MM / AAAA | | DD / MM / AAAA | |
| (**) Datos Opcionales | | | |
| Exclusivo IMSS | | Marque con una "X" la causa de presentación de este aviso | |
| Tipo de | Clave Municipio: | A <input type="radio"/> Alta Patronal | B <input type="radio"/> Reanudación de actividades |
| Movimiento: | Causa: | C <input type="radio"/> Cambio domicilio o circunscripción | D <input type="radio"/> Cambio nombre o Razón Social |
| | Argumento: | E <input type="radio"/> Sustitución Patronal | F <input type="radio"/> Duplicidad |
| | | G <input type="radio"/> Baja | H <input type="radio"/> Huelga |
| | | <input type="radio"/> Inicial | <input type="radio"/> Terminado |
| | | <input type="radio"/> Legal | <input type="radio"/> Inexistente |

Datos generales del Patrón o Sujeto Obligado

| | |
|---|---------------------------------|
| Nombre, denominación o razón social: | |
| En caso de persona física (sin abreviaturas): | Nombre(s) |
| RFC: | Primer Apellido |
| | Segundo Apellido |
| Clase de riesgo manifestada por el patrón: | CURP |
| Fracción: | Número de Registro Patronal: |
| Prima: | Actividad o Giro de la Empresa: |
| | Fecha de la causa del aviso: |
| | DD / MM / AAAA |

Domicilio del Patrón o Sujeto Obligado

| | |
|--|------------------|
| Código postal: | |
| Calle: | |
| (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Aná Garrocho, Calzada, Corredor, etc.) | |
| Número exterior: | Número interior: |
| Colonia: | |
| (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.) | |
| *Localidad: | |
| Municipio o Delegación: | |
| Estado o Distrito Federal: | |
| *Teléfono fijo (lada y número): | |
| *Correo electrónico: | |
| Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración. | |

| | |
|--|----------------|
| Nombre y firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal | |
| Exclusivo IMSS | |
| Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS: | |
| Delegación: | Subdelegación: |

De conformidad con los artículos 4 y 49-A, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

MÉXICO
GOBIERNO DE LA ESTADALCOFOPR
del Seguro Patronal

Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 1 de 2

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Exclusivo IMSS para las causas A,B,D y E anote los datos del acta constitutiva o de otros documentos afines

| | |
|--|------------------------|
| No. de notaría: | No. de acta: |
| No. de libro: | No. de foja: |
| Registro Público de la Propiedad y Comercio: | Información adicional: |
| Lugar y fecha de constitución: | |

Instrucciones para el patrón

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|--|-----------------|
| Causa A Alta Patronal | Presente los avisos de inscripción de todos sus trabajadores | | | | | | | | | | |
| Causa B Reanudación actividades | Anote los datos registrados anteriormente en el IMSS, presentando además los avisos de inscripción de sus trabajadores: <table border="1"> <tr> <td>Nombre, Denominación o Razón Social del Patrón o Sujeto Obligado</td> <td>Número de Registro Patronal</td> </tr> </table> | Nombre, Denominación o Razón Social del Patrón o Sujeto Obligado | Número de Registro Patronal | | | | | | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social del Patrón o Sujeto Obligado | Número de Registro Patronal | | | | | | | | | | |
| Causa C Cambio de domicilio o Circunscripción | Anote el domicilio anterior: En cambios de circunscripción presente en la nueva circunscripción los avisos conforme causa "A" (Excepto D.F.) <table border="1"> <tr> <td>Código postal</td> <td>Calle</td> <td>Número exterior e interior</td> <td>Colonia</td> <td>Municipio o Delegación</td> <td>Estado o Distrito Federal</td> </tr> </table> | Código postal | Calle | Número exterior e interior | Colonia | Municipio o Delegación | Estado o Distrito Federal | | | | |
| Código postal | Calle | Número exterior e interior | Colonia | Municipio o Delegación | Estado o Distrito Federal | | | | | | |
| Causa D Cambio nombre o razón social | Anote el nombre, denominación o razón social anterior: | | | | | | | | | | |
| Causa E Sustitución patronal | Anote el nombre y número de registro del patrón sustituido (Solicite información adicional): <table border="1"> <tr> <td>Nombre, Denominación, Razón Social del Patrón Sujeto Obligado</td> <td>Número de Registro Patronal</td> </tr> </table> | Nombre, Denominación, Razón Social del Patrón Sujeto Obligado | Número de Registro Patronal | | | | | | | | |
| Nombre, Denominación, Razón Social del Patrón Sujeto Obligado | Número de Registro Patronal | | | | | | | | | | |
| Causa F Duplicidad | Anote los números de registro patronal aplicados y solicite información adicional: <table border="1"> <tr> <td>Registro 1</td> <td>Registro 2</td> </tr> </table> | Registro 1 | Registro 2 | | | | | | | | |
| Registro 1 | Registro 2 | | | | | | | | | | |
| Causa G Baja | Anote el motivo de la baja: <p>NOTA: En caso de que la baja corresponda a uno de los centros de trabajo o filiales de una empresa controlados por un mismo registro patronal, presente únicamente los avisos de baja de los trabajadores adscritos a ese centro o filial.</p> | | | | | | | | | | |
| Causa H Huelga | Las empresas en estado de huelga no presentan avisos de baja sólo deben informar los nombres y Números de Seguridad Social de los trabajadores que no están en huelga | | | | | | | | | | |
| <p>NOTA</p> <ul style="list-style-type: none"> Para las causas A, B, D y E adjunte copia del acta constitutiva de la empresa, debidamente protocolizada y copia del registro ante el SAT u otra dependencia que autorice el ejercicio, además del formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el seguro de riesgo de trabajo" (esta última excepto en causa "D") Para la causa C adjunte copia del aviso presentado ante el SAT. <p>Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:</p> <table border="0"> <tr> <td>● IMSS-02-010-A</td> <td>● IMSS-02-002-C</td> </tr> <tr> <td>● IMSS-02-010-B</td> <td>● IMSS-02-002-D</td> </tr> <tr> <td>● IMSS-02-002-A</td> <td>● IMSS-02-002-E</td> </tr> <tr> <td>● IMSS-02-002-B</td> <td>● IMSS-02-002-J</td> </tr> <tr> <td></td> <td>● IMSS-02-002-K</td> </tr> </table> | | ● IMSS-02-010-A | ● IMSS-02-002-C | ● IMSS-02-010-B | ● IMSS-02-002-D | ● IMSS-02-002-A | ● IMSS-02-002-E | ● IMSS-02-002-B | ● IMSS-02-002-J | | ● IMSS-02-002-K |
| ● IMSS-02-010-A | ● IMSS-02-002-C | | | | | | | | | | |
| ● IMSS-02-010-B | ● IMSS-02-002-D | | | | | | | | | | |
| ● IMSS-02-002-A | ● IMSS-02-002-E | | | | | | | | | | |
| ● IMSS-02-002-B | ● IMSS-02-002-J | | | | | | | | | | |
| | ● IMSS-02-002-K | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>Homoclave del formato</td> </tr> <tr> <td>AFIL-01</td> </tr> <tr> <td>Se presenta por triplicado</td> </tr> </table> | | Homoclave del formato | AFIL-01 | Se presenta por triplicado | | | | | | | |
| Homoclave del formato | | | | | | | | | | | |
| AFIL-01 | | | | | | | | | | | |
| Se presenta por triplicado | | | | | | | | | | | |

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICACOFIDE
de México

IMSS

Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 2 de 2

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Inscripción del Trabajador (AFIL-02)

| | | |
|--|----|------|
| Fecha de publicación del formato en el DOF | | |
| DD | MM | AAAA |

| | | |
|-----|--------------------------------|-----------|
| UMF | Fecha de solicitud del trámite | |
| | DD | MM / AAAA |

(* Datos Opcionales)

| Datos generales del trabajador | |
|--|---------------------------|
| Número de Seguridad Social: | |
| CURP: | |
| *RFC: | |
| Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small> | |
| Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | |
| Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | |
| Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer | |
| Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA | |
| Lugar de nacimiento: (Estado) | Ocupación del trabajador: |
| En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario: | |
| Salario base de cotización: \$ | |
| Tipo de contratación: <input type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input type="radio"/> 3 Eventual Construcción | |
| Tipo de Salario: <input type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto | |
| Fecha de ingreso al trabajo: DD / MM / AAAA | |
| Nombre del padre (aún finado): | |
| Nombre de la madre (aún finada): | |
| Domicilio del trabajador | |
| Código postal: | |
| Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small> | |
| Número exterior: | Número Interior: |
| Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small> | |
| *Localidad: | |
| Municipio o Delegación: | |
| Estado o Distrito Federal: | |

| Datos del patrón | |
|--|---------------------|
| Número de Registro Patronal: | |
| CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física): | |
| RFC: | |
| Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado: <small>En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small> | |
| Ubicación del centro de trabajo | |
| Código postal: | |
| Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small> | |
| Número exterior: | Número Interior: |
| Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small> | |
| *Localidad: | |
| Municipio o Delegación: | |
| Estado o Distrito Federal: | |
| Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo) | |
| Firma o huella del trabajador | |
| Exclusivo del IMSS | |
| Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS: | |
| Extemporáneo: <input type="radio"/> 1 | Clave de argumento: |
| Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración. | |

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

| | |
|---|--|
|    | <p>Contacto: Paseo de la Reforma, 476, P.B. Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 066400 D.F. Tel. 01 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx</p> |
|---|--|

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Importante para el patrón

- Para la integración del salario considere los artículos 27, 28, 29, 30 y 32 de la Ley del Seguro Social y 29 de la Ley del INFONAVIT.

Importante para el trabajador

A partir de esta fecha, ha quedado usted inscrito con derecho a recibir las prestaciones de las Leyes del Seguro Social e INFONAVIT, una vez reunidas las condiciones establecidas en ellas.

Recuerde que el Número de Seguridad Social que se le ha asignado es único e intransferible y deberá proporcionarlo cada vez que solicite algún trámite ante los Institutos o ante la AFORE de su elección.

Para la obtención del servicio médico, deberá usted acudir a la Unidad de Medicina Familiar que aparece anotada en este aviso para que le sea entregada su Cartilla Nacional de Salud.

Para el registro de sus beneficiarios legales deberá cumplir con los requisitos que establece la Ley del Seguro Social, además de presentar los siguientes documentos:

- Esposa(o):
- Concubinario(ria): (con hijos procreados)
(sin hijos procreados)
- Hijos: (hasta los 16 años)
(de 16 a 25 años)
- Padres:
- Copia certificada del acta de matrimonio civil.
- Copia certificada del acta de nacimiento de cada uno de los hijos.
- Comprobación de convivencia y dependencia económica del asegurado, mínimo 5 años.
- Copia certificada del acta de nacimiento
- Copia certificada del acta de nacimiento y comprobante de la escuela del sistema educativo nacional, donde realiza estudios, que indique inicio y término del ciclo escolar.
- Copia certificada del acta de nacimiento del asegurado y comprobación de convivencia y dependencia económica con el asegurado.

Para todo trámite y solicitud de prestaciones debe presentar la Cartilla Nacional de Salud.

Importante:

Cualquier cambio de domicilio comuníquelo al IMSS a través de la unidad de medicina familiar de su adscripción o a través del portal www.imss.gob.mx

Revise que su salario este correctamente anotado, ya que es la base para otorgarle los beneficios que establecen las Leyes del Seguro Social y del INFONAVIT.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-001-A
- IMSS-02-001-B
- IMSS-02-001-C
- IMSS-02-001-D
- IMSS-02-001-E
- IMSS-02-001-F
- IMSS-02-001-G
- IMSS-02-009
- IMSS-02-038-A
- IMSS-02-007

Homoclave del formato

AFIL-02

Se presenta por triplicado

MÉXICO
CONSTITUCIÓN Y ESTADOSCOPINER
de México

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 2 de 2

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Modificación de Salario del Trabajador (AFIL-03)

| | | | |
|--|--|--|--|
| Fecha de publicación del formato en el DOF DD / MM / AAAA | | Fecha de solicitud del trámite DD / MM / AAAA (*) Datos Opcionales | |
| Datos generales del asegurado | | Datos del patrón | |
| Número de Seguridad Social: | | Número de Registro Patronal: | |
| CURP: | | CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física): | |
| *RFC: | | RFC: | |
| Nombre(s): Sin abreviaturas | | Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado: | |
| Primer apellido: Sin abreviaturas | | En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | |
| Segundo apellido: Sin abreviaturas | | Ubicación del centro de trabajo | |
| Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer | | Código postal: | |
| Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA | | Calle: Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Comedor, etc. | |
| Lugar de nacimiento: (estado) Ocupación del trabajador: | | Número exterior: Número Interior: | |
| En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario: | | Colonia: Por ejemplo Ampliación Juárez, Residencial Hódago, Fraccionamiento, Sección, etc. | |
| Salario base de cotización anterior: \$ | | *Localidad: | |
| Salario base de cotización: \$ | | Municipio o Delegación: | |
| Tipo de contratación: <input type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input type="radio"/> 3 Eventual Construcción | | Estado o Distrito Federal: | |
| Tipo de Salario: <input type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto | | Exclusivo del IMSS | |
| Fecha de la modificación: DD / MM / AAAA | | Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS: | |
| Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo) | | Extemporáneo: <input type="radio"/> 1 Clave de argumento: | |
| Firma o huella del trabajador | | Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración. | |

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

MÉXICO
CONSEJO DE LA FISCALÍACOFOPR
del Poder EjecutivoContacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 1 de 2

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

A los patrones

Para la integración del salario considere los arts. 27, 28, 29, 30 y 32 de la Ley del Seguro Social y el artículo 29 de la Ley del INFONAVIT.

Recuerde, cada vez que la comisión nacional de los salarios mínimos establezca nuevos salarios mínimos generales, el IMSS operará en forma automática las modificaciones de salario mínimo de los trabajadores de conformidad con el artículo 55 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

Importante

Trabajador: En caso de cambio de domicilio comuníquelo al IMSS a través de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción o a través del portal www.imss.gob.mx.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-009
- IMSS-02-038-A

Homoclave del formato

AFIL-03

Se presenta por triplicado

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICACOFOPR
de Seguro Popular

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 2 de 2

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Baja del Trabajador (AFIL-04)

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Fecha de publicación del formato en el DOF DD / MM / AAAA | | UMF | Fecha de solicitud del trámite DD / MM / AAAA <small>(*) Datos Opcionales</small> | |
| Datos generales del trabajador o asegurado | | Datos del patrón | | |
| Número de Seguridad Social: | | Número de Registro Patronal: | | |
| CURP: | | CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física): | | |
| *RFC: | | RFC: | | |
| Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small> | | Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado: | | |
| Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | | <small>En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small> | | |
| Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | | Ubicación del centro de trabajo | | |
| Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer | | Código postal: | | |
| Fecha de baja del trabajador asegurado: Último día de salario devengado DD / MM / AAAA | | Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small> | | |
| Causa de la baja: | | Número exterior: Número interior: | | |
| Firma del patrón sujeto obligado o su representante legal | | Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small> | | |
| | | *Localidad: | | |
| Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración. | | Municipio o Delegación: | | |
| | | Estado o Distrito Federal: | | |
| | | Exclusivo del IMSS | | |
| | | Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS: | | |
| | | Extemporáneo: <input type="radio"/> 1 Clave de argumento: | | |
| | | Aplicación Art. 37 LSS <input checked="" type="radio"/> | | |

Importante para el patrón

Durante el estado de huelga no procederá el aviso de baja, salvo en caso de que el trabajador reúna los requisitos para obtener una pensión.

El aviso de baja no surtirá efecto legal o administrativo alguno cuando se presente en el periodo en que el trabajador se encuentre incapacitado temporalmente para el trabajo.

Si el aviso de baja es presentado extemporáneamente surtirá efectos a partir de la fecha de su presentación (artículo 37 de la Ley del Seguro Social y artículo 57 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización).

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-002-J IMSS-02-002-K IMSS-02-009
 IMSS-02-038-C IMSS-02-013

Homoclave del formato

AFIL-04

Se presenta por triplicado

*De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Carta de Cancelación Presencial

| |
|--|
| Homoclave del trámite |
| IMSS-02-043-B |
| Fecha de publicación del formato en el DOF |
| DD / MM / AAAA |

| |
|--------------------------------|
| Fecha de solicitud del trámite |
| DD / MM / AAAA |
| Homoclave del formato |
| FF-IMSS-008 |

Instituto Mexicano del Seguro Social

C. Subdelegado del IMSS

Presente:

Con el objeto de cumplir con los lineamientos para la Asignación del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital, establecidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, solicito a usted la cancelación del Certificado Digital suscrito a favor del Sr.(a)

_____ en su calidad de: _____ de la empresa con nombre, denominación o razón social: _____

con NPIE: _____, con número de folio: _____ con Registro

Federal de Contribuyente/Clave Única de Registro de Población (en caso de Patrón Persona Física): _____.

Para efectos de la cancelación del Certificado Digital, soy conecedor de que a partir de la hora y fecha en que el Instituto me informe que la operación quedó confirmada, ya no podré hacer uso de los sistemas creados por el Instituto para el intercambio de información por medios electrónicos, hasta que solicite y active un nuevo Certificado Digital, conforme a los procesos y lineamientos que el Instituto determine para tales efectos.

Atentamente

Nombre y firma del patrón, sujeto obligado o representante legal

NOTA: Para realizar el trámite deberá presentarse con el original de su identificación oficial, la Tarjeta de Identificación Patronal y la Carta de Términos y Condiciones para la Obtención y Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica (NPIE) y Certificado Digital que firmó al solicitar la asignación.

Se presenta por duplicado para acuse

De conformidad con los artículos 4 y 88-A1, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 1 de 2

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instructivo de Llenado

1. Fundamento Legal:
 - 1.1. Ley del Seguro Social (DOF 21 de Diciembre de 1995, 21 de noviembre de 1996, 20 de diciembre de 2001, 11 de agosto de 2004) Artículos: 15, Fracciones I, II, III, IV y último párrafo, 286 L, 286 M y 286 N.
 - 1.2. Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización (DOF 1 de noviembre de 2002) Artículos 5, 6, 14, 15 y 16.
 - 1.3. Acuerdo 390/2003 del Consejo Técnico del Instituto, del 22 de octubre de 2003, modificado mediante Acuerdo 43/2004 de fecha 21 de enero de 2004, a través del cual se aprueban los lineamientos relativos a la Asignación de Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital, publicado en el D.O.F. el 3 de marzo de 2004.
2. Plazo de Resolución:
 - 2.1. Inmediata.
3. Número de tantos del formato y su distribución:
 - 3.1. Original: para el Instituto.
 - 3.2. Copia: para el solicitante.
4. Documentos y Formatos Adicionales:
 - 4.1. Identificación oficial con fotografía y firma del patrón o sujeto obligado o de su representante legal (credencial para votar, cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, cédula profesional).
 - 4.2. Tarjeta de Identificación Patronal TIP.
 - 4.3. Copia de la Carta de Términos y Condiciones para la Obtención y Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital (NPIE) que firmó al solicitar la asignación del NPIE y Certificado Digital.
5. Unidad administrativa ante la que se presenta el trámite:
 - 5.1. Subdelegación de control del domicilio fiscal del patrón o sujeto obligado.
6. Unidad Administrativa que resuelve el trámite:
 - 6.1. Subdelegación de control del domicilio fiscal del patrón o sujeto obligado.
7. Número telefónico para quejas:
 - 7.1. Orientación telefónica: 01800 6232323, o consultar el portal de Internet: www.imss.gob.mx

A Instrucciones Generales

- El patrón, sujeto obligado o su representante legal únicamente deberá proporcionar al empleado de ventanilla el Número Patronal de Identificación Electrónica.
- El patrón o sujeto obligado deberá imprimir el formato de Carta de Cancelación Presencial y una vez llenado presentarlo en la Subdelegación de Control de su domicilio fiscal, firmado en forma autógrafa.

B Instrucciones Específicas

| | |
|-------------------------------------|--|
| C. Subdelegado del IMSS | Registrar el nombre del titular de la Subdelegación en caso de conocerlo. |
| Sr.(a) | Registrar el nombre según corresponda del patrón, sujeto obligado o su representante legal. |
| En su calidad de | Registrar la calidad de representación de la persona que se registró en el punto anterior. |
| Nombre, denominación o razón social | Registrar el nombre, denominación o razón social del patrón o sujeto obligado. |
| NPIE | Registrar el Número Patronal de Identificación Electrónica impreso en la Carta de Términos y Condiciones de Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital. |
| No. de Folio | Registrar el Número de serie asignado el cual se encuentra impreso en la Carta de Términos y Condiciones de Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital. |
| RFC | Registrar el Registro Federal de Contribuyentes de la empresa, patrón o sujeto obligado. |
| CURP | Clave Única de Registro de Población en caso de Patrón Persona Física. |

Para quejas o denuncias relacionadas a este trámite, puede dirigirse al Órgano Interno de Control del IMSS. También lo puede hacer vía correo electrónico a la cuenta: contactociudadano@funcionpublica.gob.mx; o en su caso de manera telefónica a través de los números 018001128700, lada sin costo 2000 2000 en el D.F. y 2000 3000 ext. 2164.

MÉXICO
GOBIERNO FEDERAL



COPIER
de Puntos Registrados



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.F. 06600 D.F.
Tel: 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 2 de 2

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de Regularización y/o Corrección de Datos Personales del Asegurado

| |
|--|
| Homoclave del trámite |
| IMSS-02-012 |
| Fecha de publicación del formato en el DOF |
| DD / MM / AAAA |

| |
|--------------------------------|
| Folio |
| |
| Fecha de solicitud del trámite |
| DD / MM / AAAA |

Este formato consta de 9 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección IX (*) Datos opcionales

I. Datos generales del asegurado

| | |
|---|--|
| I.1 Datos del asegurado | |
| 1. CURP: | |
| 2. RFC: | |
| 3. Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small> | |
| 4. Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | |
| 5. Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | |
| 6. Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer | |
| 7. Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA | |
| 8. *UMF: | |
| 9. *Escriba el nombre de la AFORE en la que se encuentra registrado: | |
| I.2 Lugar de nacimiento | |
| 10. *Localidad: | |
| 11. Municipio o Delegación: | |
| 12. Estado o Distrito Federal: | |
| 13. País: | |

| | |
|--|---------------------|
| I.3 Datos del acta de nacimiento | |
| 14. Entidad Federativa de Registro: | |
| 15. Municipio o Delegación: | |
| 16. Año de Registro: | |
| 17. Número de libro: | 18. Número de acta: |
| 19. Número de Foja: | |
| 20. Número de tomo: | |
| 21. *CRIP: | |
| I.4 Nombre del padre | |
| 22. Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small> | |
| 23. Primer Apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | |
| 24. Segundo Apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | |
| I.5 Nombre de la madre | |
| 25. Nombre (s): <small>Sin abreviaturas</small> | |
| 26. Primer Apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | |
| 27. Segundo Apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | |

I.6 Números de Seguridad Social involucrados en la aclaración

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

II. Motivo de la aclaración

A) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar ante el IMSS:

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cobro de incapacidad | <input type="checkbox"/> Retiro por desempleo | <input type="checkbox"/> Gastos de matrimonio | <input type="checkbox"/> Gastos de funeral |
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Registro de beneficiarios | <input type="checkbox"/> Cambio de UMF | |
| <input type="checkbox"/> Autorización permanente para recibir servicios en circunscripción foránea | <input type="checkbox"/> Adscripción a UMF | | |

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, Fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

MÉXICO
GOBIERNO FEDERALCOFOPR
de Previsión Social

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social

B) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar en la AFORE:

- Registro en la AFORE
 Aclaración de saldo de subcuenta de vivienda

C) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar en INFONAVIT:

- Obtener un crédito
 Conclusión de crédito
 Prórroga o reestructura de crédito

Descuento indebido de crédito
 Señale el número de crédito que le están descontando: _____

D) Otro.

Especifique: _____

III. Domicilio del asegurado

| | |
|--|-------------------------------------|
| 28. Código postal: | 33. *Localidad: |
| 29. Calle: | 34. Municipio o Delegación: |
| <small>(Por ejemplo, Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)</small> | 35. Estado o Distrito Federal: |
| 30. Número exterior: 31 Número interior: | 36. *Teléfono fijo (lada y número): |
| 32. Colonia: | 37. *Teléfono móvil: |
| <small>(Por ejemplo, Ampliación Juárez, Residencial Hédalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | 38. *Correo electrónico: |

Este apartado deberá requisitarse por el beneficiario o representante legal que se acredite, en caso de menor de edad, ausencia, enfermedad o fallecimiento del asegurado

IV. Datos del solicitante (Beneficiario o representante legal del asegurado)

| IV.1 Datos generales | IV.2 Domicilio |
|--|--|
| 39. CURP: | 49. Código postal: |
| 40. *RFC: | 50. Calle: |
| 41. Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small> | <small>(Por ejemplo, Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)</small> |
| 42. Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | 51. Número exterior: 52. Número interior: |
| 43. Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small> | 53. Colonia: |
| 44. Sexo: <input checked="" type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer | <small>(Por ejemplo, Ampliación Juárez, Residencial Hédalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> |
| 45. *Teléfono fijo (lada y número): | 54. *Localidad: |
| 46. *Teléfono móvil: | 55. Municipio o Delegación: |
| 47. *Correo electrónico: | 56. Estado o Distrito Federal: |
| 48. Beneficiario: | |
| <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Concubina / Concubinario | |






Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 2 de 9

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

V. Datos de la historia laboral (iniciando con el patrón que lo inscribió por primera vez)

| Nombre del patrón o razón social | Fecha de inscripción | Fecha de baja | Entidad federativa donde laboró |
|----------------------------------|----------------------|----------------|---------------------------------|
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |
| | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA | |

VI. Datos adicionales de la historia laboral

| Número de Registro Patronal | Actividad o giro de la empresa | Domicilio de la empresa |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

MÉXICO
GOBIERNO EN LA REPÚBLICACOFOPRER
del Seguro Patronal
Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

VII. Indicar en el recuadro los documentos probatorios que presenta el asegurado o solicitante en copia simple y original para su cotejo

Para ser llenado por el IMSS

Acta de nacimiento

Identificación oficial

- a) Credencial para votar vigente
- b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero
- c) Cartilla del servicio militar nacional
- d) Cédula profesional
- e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional)
- f) Tarjeta/cédula/carnet de identidad para extranjeros (en caso de extranjeros)
- g) Documento migratorio vigente que corresponda, emitido por autoridad competente (en su caso prórroga o refrendo migratorio)

Clave Única de Registro de Población CURP

Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de presentación de la solicitud.

- a) Derechos de agua
- b) Luz
- c) Teléfono (excepto celular)
- d) Recibo de Gas
- e) Certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente). No es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante

Documento expedido por el IMSS que contenga el Número de Seguridad Social

- a) Avisos Afiliatorios (Forma 2-A, AFIL-02, AFIL-03, AFIL-04, IDSE-03, AFIL-06 y DST-002).
- b) Tarjeta de afiliación
- c) Certificado de incapacidad
- d) Cartilla de citas médicas
- e) Credencial ADIMSS
- f) Liquidaciones pagadas
- g) Comprobantes de pago
- h) Carta de renuncia o finiquito
- i) Comprobantes SAR-03, SAR-04 o estado de cuenta de la AFORE
- j) Otros

En caso de que el asegurado autorice que el trámite lo realice un tercero, éste deberá presentar además de los documentos señalados en los puntos del 1 al 5:

- Poder notarial que lo acredite
- Identificación oficial

En caso de fallecimiento:

- Acta de defunción del asegurado en copia simple y original para su cotejo:

Tratándose de:

- Esposa: Acta de matrimonio e identificación oficial
- Hijos: Acta de nacimiento e identificación oficial.
- Padres: Identificación oficial
- Concubina / Concubinario: Constancia testimonial con que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente e identificación oficial.

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

VIII. Observaciones

Los datos personales recabados serán protegidos, tratados e incorporados en el sistema de datos personales denominado Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) con fundamento en el Artículo 22 de la Ley del Seguro Social, 13 fracción IV y V, 18, 19, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, cuya finalidad es proteger, contener, ordenar y clasificar los datos de los patrones y asegurados. El Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) está registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.inai.org.mx), y serán transmitidos, al INFONAVIT y a la CONSAR con la finalidad de que el asegurado haga valer su derecho de ejercicio de crédito de vivienda y disposición del Seguro de Retiro, además de otras prestaciones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón o del asegurado, en su caso. Lo anterior se informa en cumplimiento del decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Firma del asegurado o solicitante

Huella digital

Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos y cada uno de los datos asentados son ciertos y en caso de falsedad seré acreedor a las sanciones previstas en los ordenamientos legales.

Exclusivo IMSS

Fecha y hora de recepción:

Nombre y firma del empleado IMSS

Matrícula

Sello IMSS

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICACOPIER
de México Registrados

Contacto:
Pasaje de la Reforma 476. P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc. C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 5 de 9

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Comprobante de solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado

| Exclusivo IMSS | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|----|---|------|--------------------------------|--|----|---|----|---|------|--|
| Fecha y hora de recepción: | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Folio</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Fecha de solicitud del trámite</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">AAAA</td> </tr> </table> | Folio | | | | Fecha de solicitud del trámite | | DD | / | MM | / | AAAA | |
| Folio | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de solicitud del trámite | | | | | | | | | | | | |
| DD | / | MM | / | AAAA | | | | | | | | |
| <p>Usted deberá recoger la respuesta de su trámite una vez transcurridos: _____ días hábiles contados a partir de la fecha de su solicitud; en caso contrario se procederá a cancelar su trámite.</p> | | | | | | | | | | | | |
| Sello IMSS | | | | | | | | | | | | |
| <p><small>Los datos personales recabados serán protegidos, tratados e incorporados en el sistema de datos personales denominado Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) con fundamento en el Artículo 27 de la Ley del Seguro Social, 13 fracción IV y V, 18, 19, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, cuya finalidad es proteger, contener, ordenar y clasificar los datos de los patrones y asegurados. El Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) está registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.inai.org.mx), y serán transmitidos, al INFONAVIT y a la CONASAR con la finalidad de que el asegurado haga valer su derecho de ejercicio de crédito de vivienda y disposición del Seguro de Retiro, además de otras prestaciones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón o del asegurado, en su caso. Lo anterior se informa en cumplimiento del decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.</small></p> | | | | | | | | | | | | |

MÉXICO
GOBIERNO DE LA ESTADAL



COPIER
de Datos Personales



Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.comactoinss.com.mx>

Página 6 de 9

Instituto Mexicano del Seguro Social

IX. Instructivo de llenado

| No. | Dato | Anotar |
|------|---------------------------------|--|
| I- | Datos generales del asegurado | |
| 1.1 | Datos del asegurado | |
| 1.- | CURP: | Clave Única de Registro de Población. Secuencia alfanumérica de 18 caracteres. |
| 2.- | RFC: | Registro Federal de Contribuyentes proporcionado por el SAT (*Opcional). |
| 3.- | Nombre(s): | Nombre completo del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 4.- | Primer apellido: | Primer apellido del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 5.- | Segundo apellido: | Segundo apellido del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 6.- | Sexo: | Marcar con X el género que corresponda. |
| 7.- | Fecha de nacimiento : | Fecha de nacimiento del asegurado conforme a la registrada en el acta de nacimiento. |
| 8.- | UMF: | Unidad de Medicina Familiar de Adscripción (*Opcional). |
| 9.- | AFORE: | Escriba el nombre de la AFORE en la que se encuentra registrado (*Opcional). |
| 1.2 | Lugar de nacimiento | |
| 10.- | Localidad: | Nombre de la localidad de nacimiento, en caso de ser extranjero no aplica (*Opcional). |
| 11.- | Municipio o Delegación: | Municipio o Delegación de nacimiento del asegurado (En caso de ser extranjero no aplica). |
| 12.- | Estado o Distrito Federal: | Estado de la República Mexicana en donde ocurre, se inscribe o levanta el acta de nacimiento. |
| 13.- | País: | País de nacimiento. |
| 1.3 | Datos de acta de nacimiento | |
| 14.- | Entidad federativa de registro: | Entidad federativa de registro del acta de nacimiento. |
| 15.- | Municipio o Delegación: | División política territorial mexicana de las Entidades Federativas en donde se inscribe o se levanta el Acta de Nacimiento. |
| 16.- | Año de registro | Año de registro del acta de nacimiento. |
| 17.- | Número de libro: | Número de libro del acta de nacimiento. |
| 18.- | Número de acta: | Número de acta de nacimiento. |
| 19.- | Número de foja: | Número de foja del acta de nacimiento. |
| 20.- | Número de tomo: | Número de tomo del acta de nacimiento. |
| 21.- | CRIP: | Clave de Registro e Identidad Personal. Secuencia alfanumérica de 15 caracteres que asigna el Registro Civil en el Acta de nacimiento como elemento de localización (*Opcional). |
| 1.4 | Nombre del padre | |
| 22.- | Nombre(s): | Nombre(s) del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 23.- | Primer apellido: | Primer apellido del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 24.- | Segundo apellido: | Segundo apellido del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 1.5 | Nombre de la madre | |
| 25.- | Nombre(s): | Nombre(s) de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 26.- | Primer apellido: | Primer apellido de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 27.- | Segundo apellido: | Segundo apellido de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 1.6 | N.S.S. involucrados: | Anotar los número(s) de seguridad social involucrados. |

Nota: En este grupo de datos, deberá requisitar al menos uno.

II.- Motivo de la aclaración

| | |
|---|--|
| A) Señale con una X el trámite a realizar ante el IMSS | Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante el IMSS. |
| B) Señale con una X el trámite a realizar en la AFORE | Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante la AFORE. |
| C) Señale con una X el trámite a realizar en el INFONAVIT | Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante el INFONAVIT. |
| D) Otro | Anotar y especificar cualquier otro motivo de aclaración. |

Instituto Mexicano del Seguro Social

| No. | Dato | Anotar |
|---|--|---|
| III.- | Domicilio del asegurado | |
| 28.- | Código postal: | Código postal del domicilio del asegurado. |
| 29.- | Calle: | Nombre de la vialidad que indica el comprobante de domicilio. |
| 30.- | Número exterior: | Número exterior del domicilio del asegurado. |
| 31.- | Número interior: | Número interior del domicilio del asegurado. |
| 32.- | Colonia: | Nombre de la colonia del domicilio del asegurado. |
| 33.- | Localidad: | Nombre de la localidad (*Opcional). |
| 34.- | Municipio o Delegación: | Municipio o Delegación del domicilio del asegurado. |
| 35.- | Estado o Distrito Federal: | Estado o Distrito Federal del domicilio del asegurado. |
| 36.- | Teléfono fijo: | Teléfono fijo a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia (*Opcional). |
| 37.- | Teléfono móvil: | Número móvil (*Opcional). |
| 38.- | Correo electrónico: | Dirección de correo electrónico del asegurado (*Opcional). |
| Este apartado deberá requisitarse en caso de ausencia, enfermedad o fallecimiento del asegurado, por el beneficiario o representante legal que se acredite. | | |
| IV. Datos del solicitante (Beneficiario o representante legal del asegurado). | | |
| IV.1 Datos generales | | |
| 39.- | CURP: | Clave Única de Registro de Población. Secuencia alfanumérica de 18 caracteres. |
| 40.- | RFC: | Registro Federal de Contribuyentes proporcionado por el SAT (*Opcional). |
| 41.- | Nombre(s): | Nombre completo del solicitante conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 42.- | Primer apellido: | Primer apellido del solicitante conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 43.- | Segundo apellido: | Segundo apellido del solicitante conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 44.- | Sexo: | Marcar con X el sexo que corresponda. |
| 45.- | Teléfono fijo: | Teléfono fijo a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia (*Opcional). |
| 46.- | Teléfono móvil: | Número móvil (*Opcional). |
| 47.- | Correo electrónico: | Dirección de correo electrónico del solicitante (*Opcional). |
| 48.- | Beneficiario: | Indicar el parentesco con el asegurado. |
| IV.2 Domicilio: | | |
| 49.- | Código postal: | Código postal del domicilio del solicitante o representante legal del asegurado. |
| 50.- | Calle: | Nombre de la vialidad que indica el comprobante de domicilio. |
| 51.- | Número exterior: | Número exterior del domicilio del solicitante. |
| 52.- | Número interior: | Número interior del domicilio del solicitante. |
| 53.- | Colonia: | Nombre de la colonia del domicilio del solicitante. |
| 54.- | Localidad: | Nombre de la localidad (*Opcional) |
| 55.- | Municipio o Delegación: | Municipio o Delegación del domicilio del solicitante. |
| 56.- | Estado o Distrito Federal: | Estado o Distrito Federal del domicilio del asegurado (*Opcional). |
| V. Datos de su historia laboral (Llenar los campos necesarios iniciando con el patrón que lo inscribió por primera vez ante el IMSS). | | |
| - Nombre del patrón o razón social | Nombre, denominación o razón social de todos los patrones o sujetos obligados con los que ha laborado. | |
| - Fecha de inscripción | Fecha de alta o reintegro del periodo laborado con cada uno de los patrones con los cuales trabajó. | |
| - Fecha de baja | Fecha de baja del periodo laborado con cada uno de los patrones con los cuales trabajó. | |
| - Entidad federativa donde laboró | Entidad federativa en donde se encuentren localizados los registros patronales donde ha laborado. | |

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

| No. | Dato | Anotar |
|--|--|--|
| VI. | Datos adicionales de su historia laboral | |
| - | Número de registro patronal | Clave numérica o alfanumérica en 11 posiciones, con la cual el IMSS identifica a los patrones o sujetos obligados. |
| - | Actividad o giro de la empresa | Actividad o giro de la empresa. |
| - | Domicilio de la empresa | Domicilio de la empresa donde laboró el asegurado. |
| Para ser llenado por el IMSS (*) | | |
| VII. | Indicar en el recuadro los documentos probatorios que presenta el asegurado o solicitante en copia simple y original para su cotejo: | |
| - | Documentos probatorios | El empleado del IMSS deberá señalar en cada rubro la documentación entregada. |
| VIII. | Observaciones | En este rubro se podrá agregar información adicional que considere relevante manifestar el solicitante. |
| - | Firma del asegurado o solicitante | Firma autógrafa del asegurado o solicitante. |
| - | Huella digital | Huella digital del asegurado, beneficiario o representante legal. |
| - | Nombre y firma del trabajador | Nombre completo y firma del trabajador que recibe el trámite. |
| - | Matrícula | Matrícula del trabajador que recibe el trámite. |
| - | Sello del IMSS | El empleado IMSS deberá sellar con reloj fechador. |
| Comprobante de solicitud | | |
| - | Días hábiles | Llenar el comprobante con los datos solicitados y entregar al solicitante. Registrar los días a transcurrir para que el solicitante acuda a recoger la respuesta de su trámite. |
| (*) Nota: La secciones VII y el comprobante de solicitud, deberán ser requisitadas por el empleado IMSS. | | |
| | | Homoclave del formato |
| | | FF-IMSS-007 |

MÉXICO
GOBIERNO FEDERALCOFOPRES
COMISIÓN FEDERAL DE PROTECCIÓN REGISTRO

Contacto:
 Paseo de la Reforma, 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de registro o aviso de baja de beneficiario (SAV-002)

| | | | |
|---|---------|--|-------------------|
| Homoclave del formato | | Fecha de publicación del formato en el DOF | |
| SAV-002 | | / / DD MM AAAA | |
| Clave | Clinica | Datos del asegurado | |
| Modalidad | | NSS: | |
| | | CURP: | |
| | | Nombre: | |
| Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del Beneficiario | | Agregado de Identidad | Mes de nacimiento |

Documentos que presenta para comprobar el parentesco o baja

Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado Sistema de Registro de Beneficiarios, con fundamento en los artículos 84 de la Ley del Seguro Social y, 67 y 68 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y cuya finalidad es contener, proteger, ordenar y clasificar los datos de los derechohabientes del Instituto (asegurados y sus beneficiarios), el cual fue registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.inai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Medicina Familiar o la Subdelegación de control del domicilio del asegurado. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Firma del asegurado

Lugar y fecha

Nombre y firma del empleado

Declaro y manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en cada requisito son correctos y corresponden a la verdad, apercibido que de conformidad con el artículo 314 de la Ley del Seguro Social, se me reputará como fraude y se me sancionará como tal, en los términos del Código Penal Federal, el obtener, así como el propiciar la obtención, de los seguros, prestaciones y servicios que esta Ley establece, sin tener el carácter de derechohabiente, mediante cualquier engaño o aprovechamiento de error, ya sea en virtud de simulación, sustitución de personas o cualquier otro acto, lo cual podrá ser verificado por el Instituto en cualquier momento, en uso de sus facultades de comprobación como organismo fiscal autónomo.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> IMSS-02-066-A | <input type="radio"/> IMSS-02-066-B | <input type="radio"/> IMSS-02-066-C | <input type="radio"/> IMSS-02-066-D | <input type="radio"/> IMSS-02-066-E |
| <input type="radio"/> IMSS-02-066-F | <input type="radio"/> IMSS-02-066-G | <input type="radio"/> IMSS-02-066-H | <input type="radio"/> IMSS-02-066-I | <input type="radio"/> IMSS-02-066-J |
| <input type="radio"/> IMSS-02-066-K | <input type="radio"/> IMSS-02-066-L | <input type="radio"/> IMSS-02-066-M | <input type="radio"/> IMSS-02-066-N | <input type="radio"/> IMSS-02-066-O |

Cadena original:

 ||| invocanteportalimssdigital|Tipo de Trámite- Fecha:
 Folio: Nombre o Razón Social. CURP: Número de Seguridad Social

Sello digital:

Secuencia notarial:

Número de serie:

De conformidad con los artículos 4 y 49-B, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)



Contacto:

 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 1 de 1

ACUERDO ACDO.AS1.HCT.260815/178.PDPM, RELATIVO A LA APROBACION DE LOS PLAZOS MAXIMOS DE RESOLUCION Y VIGENCIA, DATOS Y DOCUMENTOS ESPECIFICOS, ASI COMO EL AVISO PARA PUBLICAR LOS FORMATOS DE DICHS TRAMITES QUE APLICA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ACORDE A LA GRAFICA BASE, PREVISTA EN EL MARCO DEL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE LA VENTANILLA UNICA NACIONAL PARA LOS TRAMITES E INFORMACION DEL GOBIERNO Y DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACION, OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA VENTANILLA UNICA NACIONAL

Publicado en el D.O.F. del 15 de septiembre de 2015

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 26 de agosto del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS1.HCT.260815/178.PDPM, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones IV y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 4, 69-M y 69-O, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 31, fracción XX, del Reglamento Interior del IMSS; y de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, por conducto del Director de Prestaciones Médicas, mediante oficio 134 del 12 de agosto de 2015, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 10 del mes y año citados, Acuerda: **Primero.** Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia de ésta, así como los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar, respectivamente, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, cuando dicha información no esté prevista en la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y disposiciones aplicables de manera supletoria, conforme al planteamiento de la Dirección enunciada. **Segundo.** Aprobar el Anexo Único que contiene la información a que se refiere el punto anterior, el cual se acompaña al presente Acuerdo formando parte del mismo, los cuales entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. **Tercero.** Dejar sin efectos los Acuerdos 288/2005 y 490/2005, emitidos por este Organismo de Gobierno, en sesiones celebradas los días 22 de junio y 26 de octubre de 2005, respectivamente. **Cuarto.** Instruir a las Unidades Administrativas de la Dirección de Prestaciones Médicas que apliquen los trámites señalados en el Anexo Único, a que observen lo dispuesto en este Acuerdo en el desahogo de los mismos y a

resolver las dudas o aclaraciones que, con motivo de su aplicación se presenten. **Quinto.** Instruir a la Dirección Jurídica de este Instituto a tramitar la publicación del presente Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente

México, D.F., a 27 de agosto de 2015. El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.** Rúbrica.



ANEXO UNICO

Anexo Unico por el que se establecen los plazos máximos de resolución, vigencia de ésta, así como de los datos, formatos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar respectivamente, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 69-M y 69-O de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

| Denominación del Trámite | Homoclave del Trámite | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud | Vigencia | Datos y Documentos |
|--|-----------------------|---|--|---|
| Solicitud de campos clínicos y sedes para ciclos clínicos, internado médico y servicio social para instituciones educativas que imparten carreras en el área de la salud | IMSS-03-001 | 30 días naturales | La autorización tendrá la vigencia que dure el curso señalada en el programa específico. | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de Solicitud del trámite <p>Personas morales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RFC <input type="checkbox"/> Razón Social <p>Representante legal o apoderado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CURP <input type="checkbox"/> RFC <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> Teléfono (lada y número) <input type="checkbox"/> Extensión <input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Correo electrónico <p>Domicilio del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Código postal <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Número exterior <input type="checkbox"/> Número interior <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Localidad <input type="checkbox"/> Municipio o Delegación <input type="checkbox"/> Estado o Distrito Federal <input type="checkbox"/> Entre que calles (tipo y nombre) <input type="checkbox"/> Calle posterior (tipo y nombre) <p>En caso de carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tipo de administración <input type="checkbox"/> Derecho de tránsito <input type="checkbox"/> Código de la Carretera |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tramo de la carrera <input type="checkbox"/> Cadenamiento o Kilómetro <input type="checkbox"/> Teléfono fijo (lada y número) <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Término Genérico <input type="checkbox"/> Tramo del camino <input type="checkbox"/> Margen <input type="checkbox"/> Cadenamiento <p>Datos de la Carrera</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Ciclo académico <input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/> Duración <p>Para internado Médico o servicio social</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promoción de Inicio Solicitada <p>Firma del Representante Legal o apoderado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombre y firma del representante legal o apoderado <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta constitutiva de la institución o del plantel motivo de la solicitud <input type="checkbox"/> Reconocimiento oficial del plan de estudios, de la carrera objeto del trámite, emitido por la Secretaría de Educación Pública (REVOE); o decreto presidencial o incorporación a una universidad reconocida. <input type="checkbox"/> Dictamen de opinión favorable del plan de estudios, emitido por el comité de planeación de la comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud. <input type="checkbox"/> Programa académico, del ciclo académico solicitado. <input type="checkbox"/> Original del programa específico, en el que indique el número de grupos y de alumnos solicitados por unidad médica sede. |
|--|--|--|--|---|

ACUERDOS DE LA LSS

| | | | | |
|---|---------------|--|---|--|
| | | | | <p><input type="checkbox"/> Original del documento que especifique áreas o servicios de las unidades médicas sede, así como el tipo de personal que se requiere para el ciclo académico solicitado, que tengan relación con el nivel educativo señalado en el programa académico correspondiente.</p> <p>NOTA 1: Las escuelas y facultades de medicina deberán presentar copia del documento que emita el organismo acreditador vigente. COMAEM.</p> <p>NOTA 2: Las instituciones educativas deberán tramitar la solicitud cuando menos con seis meses de anticipación al inicio del ciclo solicitado.</p> |
| <p>Solicitud para que médicos mexicanos ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>A) Aspirantes externos al IMSS para especialidades de entrada directa</p> | IMSS-03-002-A | 30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos. | Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica de entrada directa. | <p>Datos</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de Solicitud del trámite</p> <p><input type="checkbox"/> Año de inicio del curso</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de solicitud</p> <p><input type="checkbox"/> CURP (Clave Única de Registro de Población)</p> <p><input type="checkbox"/> RFC (Registro Federal de Contribuyentes)</p> <p><input type="checkbox"/> Lugar y fecha de nacimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Nacionalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Estado Civil</p> <p><input type="checkbox"/> Número de hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Talla de bata</p> <p><input type="checkbox"/> Talla de calzado</p> <p><input type="checkbox"/> Talla de pantalón</p> <p><input type="checkbox"/> Domicilio del solicitante</p> <p><input type="checkbox"/> Número de teléfono fijo</p> <p><input type="checkbox"/> Número de teléfono móvil</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escuela o facultad de procedencia <input type="checkbox"/> Institución donde realizó el internado médico de pregrado <input type="checkbox"/> Institución donde realizó o está realizando el servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de término del servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de examen profesional <input type="checkbox"/> Número de cédula profesional <input type="checkbox"/> Título obtenido <input type="checkbox"/> Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) <input type="checkbox"/> Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) <input type="checkbox"/> Promedio de calificación del internado de pregrado <input type="checkbox"/> Promedio general de calificaciones de la carrera <input type="checkbox"/> Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residentías Médicas) <input type="checkbox"/> Primera opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Segunda opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Tercera opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Cuarta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Quinta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Sexta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Séptima opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Octava opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Novena opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Décima opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio. Original y copia |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> □ Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia □ Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia □ Clave Unica de Registro de Población (CURP). Original y copia □ RFC (Registro Federal de Contribuyentes) Original y copia □ Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia □ Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia □ Constancia de Seleccionado del ENARM (CIFRHS). Original y copia □ Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida). Original y copia □ Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia □ Cédula profesional. Original y copia □ 3 Fotografías a color tamaño infantil □ Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia □ Título profesional (o Acta de Examen Profesional de no más de 18 meses) Original y copia |
|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|---------------|---|--|---|
| <p>Solicitud para que médicos mexicanos ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>B) Aspirantes trabajadores del IMSS para especialidades de entrada directa</p> | IMSS-03-002-B | <p>30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.</p> | <p>Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica de entrada directa.</p> | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de Solicitud del trámite <input type="checkbox"/> Año de inicio del curso <input type="checkbox"/> Fecha de solicitud <input type="checkbox"/> CURP (Clave Única de Registro de Población) <input type="checkbox"/> RFC (Registro Federal de Contribuyentes) <input type="checkbox"/> Lugar y fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/> Número de hijos <input type="checkbox"/> Talla de bata <input type="checkbox"/> Talla de calzado <input type="checkbox"/> Talla de pantalón <input type="checkbox"/> Domicilio del solicitante <input type="checkbox"/> Número de teléfono fijo <input type="checkbox"/> Número de teléfono móvil <input type="checkbox"/> Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia <input type="checkbox"/> Escuela o facultad de procedencia <input type="checkbox"/> Institución donde realizó el internado médico de pregrado <input type="checkbox"/> Institución donde realizó o está realizando el servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de término del servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de examen profesional <input type="checkbox"/> Número de cédula profesional <input type="checkbox"/> Título obtenido <input type="checkbox"/> Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) <input type="checkbox"/> Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) <input type="checkbox"/> Matrícula del IMSS (sólo para trabajadores de base) <input type="checkbox"/> Tipo de contratación (Base o confianza) <input type="checkbox"/> Unidad de adscripción |
|--|---------------|---|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Categoría <input type="checkbox"/> Fecha de ingreso como trabajador del IMSS <input type="checkbox"/> Promedio de calificación del internado de pregrado <input type="checkbox"/> Promedio general de calificaciones de la carrera <input type="checkbox"/> Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) <input type="checkbox"/> Primera opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Segunda opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Tercera opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Cuarta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Quinta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Sexta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Séptima opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Octava opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Novena opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Décima opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia <input type="checkbox"/> Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia <input type="checkbox"/> Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia <input type="checkbox"/> RFC (Registro Federal de Contribuyentes) Original y copia <input type="checkbox"/> Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|---------------|---|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> ▣ Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia ▣ Constancia de Seleccionado del ENARM (CIFRHS). Original y copia ▣ Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida). Original y copia. ▣ Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia ▣ Cédula profesional. Original y copia ▣ 3 Fotografías a color tamaño infantil. ▣ Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia ▣ Título profesional (o Acta de Examen Profesional de no más de 18 meses). Original y copia ▣ Nombramiento definitivo de base del trabajador. Original y copia ▣ Propuesta de ocupación definitiva de plaza vacante. Original y copia ▣ Último tarjetón de pago (quincena actual). Original y copia. |
| <p>Solicitud para que médicos mexicanos ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>C) Aspirantes hijos de trabajadores del IMSS para especialidades de entrada directa</p> | IMSS-03-002-C | <p>30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.</p> | <p>Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica de entrada directa.</p> | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Fecha de Solicitud del trámite ▣ Año de inicio del curso ▣ Fecha de solicitud ▣ CURP (Clave Única de Registro de Población) ▣ RFC (Registro Federal de Contribuyentes) ▣ Lugar y fecha de nacimiento ▣ Nacionalidad ▣ Estado Civil ▣ Número de hijos ▣ Talla de bata ▣ Talla de calzado ▣ Talla de pantalón |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Domicilio del solicitante <input type="checkbox"/> Número de teléfono fijo <input type="checkbox"/> Número de teléfono móvil <input type="checkbox"/> Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia <input type="checkbox"/> Escuela o facultad de procedencia <input type="checkbox"/> Institución donde realizó el internado médico de pregrado <input type="checkbox"/> Institución donde realizó o está realizando el servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de término del servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de examen profesional <input type="checkbox"/> Número de cédula profesional <input type="checkbox"/> Título obtenido <input type="checkbox"/> Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) <input type="checkbox"/> Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) <input type="checkbox"/> Nombre del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS <input type="checkbox"/> Matrícula del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS <input type="checkbox"/> Unidad de adscripción del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS <input type="checkbox"/> Promedio de calificación del internado de pregrado <input type="checkbox"/> Promedio general de calificaciones de la carrera <input type="checkbox"/> Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) <input type="checkbox"/> Primera opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Segunda opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Tercera opción de sede o subsede |
|--|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ▣ Cuarta opción de sede o subsede ▣ Quinta opción de sede o subsede ▣ Sexta opción de sede o subsede ▣ Séptima opción de sede o subsede ▣ Octava opción de sede o subsede ▣ Novena opción de sede o subsede ▣ Décima opción de sede o subsede ▣ Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Acta de Nacimiento. Original y copia ▣ Acta de matrimonio. Original y copia ▣ Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia ▣ Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia ▣ Clave Unica de Registro de Población (CURP). Original y copia ▣ RFC (Registro Federal de Contribuyentes). Original y copia ▣ Comprobante de actividades documentales en el área médica. Original y copia ▣ Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia ▣ Constancia de Seleccionado del ENARM (CIFRHS). Original y copia ▣ Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida). Original y copia ▣ Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia ▣ Cédula profesional. Original y copia |
|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|---------------|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 3 Fotografías a color tamaño infantil <input type="checkbox"/> Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia <input type="checkbox"/> Título profesional (o Acta de Examen Profesional de no más de 18 meses). Original y copia <input type="checkbox"/> Último tarjetón de pago del padre o de la madre del solicitante (quinceña actual). Original y copia |
| <p>Solicitud para que médicos extranjeros ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>A) Aspirantes para especialidades de entrada directa</p> | IMSS-03-003-A | 30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos. | Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica de entrada directa. | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de Solicitud del trámite <input type="checkbox"/> Año de inicio del curso <input type="checkbox"/> Fecha de solicitud <input type="checkbox"/> CURP (Clave Única de Registro de Población) <input type="checkbox"/> Lugar y fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/> Número de hijos <input type="checkbox"/> Talla de bata <input type="checkbox"/> Talla de calzado <input type="checkbox"/> Talla de pantalón <input type="checkbox"/> Domicilio del solicitante <input type="checkbox"/> Número de teléfono fijo <input type="checkbox"/> Número de teléfono móvil <input type="checkbox"/> Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia <input type="checkbox"/> Escuela o facultad de procedencia <input type="checkbox"/> Institución donde realizó el internado médico de pregrado o su equivalente en el país de origen <input type="checkbox"/> Institución donde realizó o está realizando el servicio social o su equivalente en el país de origen <input type="checkbox"/> Fecha de término del servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de examen profesional o su equivalente en el país de origen |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Número de cédula profesional o su equivalente en el país de origen <input type="checkbox"/> Título obtenido <input type="checkbox"/> Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) <input type="checkbox"/> Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) <input type="checkbox"/> Promedio de calificación del internado de pregrado <input type="checkbox"/> Promedio general de calificaciones de la carrera <input type="checkbox"/> Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) <input type="checkbox"/> Domicilio en su país de origen <input type="checkbox"/> Teléfono fijo en su país de origen <input type="checkbox"/> Número de pasaporte <input type="checkbox"/> Constancia de solvencia económica (escrito libre) <input type="checkbox"/> Constancia de retorno a su país de origen (escrito libre) <input type="checkbox"/> Primera opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Segunda opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Tercera opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Cuarta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Quinta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Sexta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Séptima opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Octava opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Novena opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Décima opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio. Original y copia |
|--|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> □ Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia □ Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia □ Clave Unica de Registro de Población (CURP). Original y copia □ Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia □ Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia □ Constancia de Seleccionado del ENARM (CIFRHS). Original y copia □ Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida) o su equivalente en el país de origen. Original y copia □ Constancia de acreditación del Servicio Social o su equivalente en el país de origen. Original y copia □ Cédula profesional o su equivalente en el país de origen. Original y copia □ 3 Fotografías a color tamaño infantil □ Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia □ Título profesional de licenciatura. Original y copia □ Forma FM3. Original y copia □ Pasaporte. Original y copia □ Visa. Original y copia |
|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|----------------------|---|---|--|
| <p>Solicitud para que médicos extranjeros ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>B) Aspirantes para especialidades de rama</p> | <p>IMSS-03-003-B</p> | <p>30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.</p> | <p>Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica de rama.</p> | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de Solicitud del trámite <input type="checkbox"/> Año de inicio del curso <input type="checkbox"/> Fecha de solicitud <input type="checkbox"/> CURP (Clave Única de Registro de Población) <input type="checkbox"/> Lugar y fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/> Número de hijos <input type="checkbox"/> Talla de bata <input type="checkbox"/> Talla de calzado <input type="checkbox"/> Talla de pantalón <input type="checkbox"/> Domicilio del solicitante <input type="checkbox"/> Número de teléfono fijo <input type="checkbox"/> Número de teléfono móvil <input type="checkbox"/> Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia <input type="checkbox"/> Escuela o facultad de procedencia <input type="checkbox"/> Institución donde realizó el internado médico de pregrado o su equivalente en el país de origen <input type="checkbox"/> Institución donde realizó o está realizando el servicio social o su equivalente en el país de origen <input type="checkbox"/> Fecha de término del servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de examen profesional o su equivalente en el país de origen <input type="checkbox"/> Número de cédula profesional o su equivalente en el país de origen <input type="checkbox"/> Título obtenido <input type="checkbox"/> Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) <input type="checkbox"/> Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) |
|---|----------------------|---|---|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promedio de calificación del internado de pregrado <input type="checkbox"/> Promedio general de calificaciones de la carrera <input type="checkbox"/> Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) <input type="checkbox"/> Domicilio en su país de origen <input type="checkbox"/> Teléfono fijo en su país de origen <input type="checkbox"/> Número de pasaporte <input type="checkbox"/> Constancia de solvencia económica (escrito libre) <input type="checkbox"/> Constancia de retorno a su país de origen (escrito libre) <input type="checkbox"/> Primera opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Segunda opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Tercera opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Cuarta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Quinta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Sexta opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Séptima opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Octava opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Novena opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Décima opción de sede o subsede <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia <input type="checkbox"/> Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia <input type="checkbox"/> Clave Unica de Registro de Población (CURP). Original y copia |
|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|-------------|-------------------|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia <input type="checkbox"/> Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia <input type="checkbox"/> Constancia de Seleccionado del ENARM (CIFRHS). Original y copia <input type="checkbox"/> Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida) o su equivalente en el país de origen. Original y copia <input type="checkbox"/> Constancia de acreditación del Servicio Social o su equivalente en el país de origen. Original y copia <input type="checkbox"/> Cédula profesional o su equivalente en el país de origen. Original y copia <input type="checkbox"/> 3 Fotografías a color tamaño infantil <input type="checkbox"/> Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia <input type="checkbox"/> Título profesional de licenciatura. Original y copia <input type="checkbox"/> Constancias de acreditación de los años académicos cursados de prerequisite de acuerdo a la especialidad de que se trate <input type="checkbox"/> Forma FM3. Original y copia <input type="checkbox"/> Pasaporte. Original y copia <input type="checkbox"/> Visa. Original y copia |
| Solicitud de rotaciones parciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social de médicos residentes de otras instituciones | IMSS-03-004 | 30 días naturales | De acuerdo con el período del módulo solicitado y autorizado | <p>Escrito libre con los siguientes datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de Solicitud del trámite <p>Del hospital solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Número telefónico |

| | | | | |
|--|---------------|-------------------|--|---|
| | | | | <p>Del Jefe de Enseñanza de la Unidad que solicita la rotación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Número telefónico <p>De los residentes propuestos para cada rotación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Especialidad que cursa <input type="checkbox"/> Grado de residencia <input type="checkbox"/> Servicios o áreas de rotación solicitadas <input type="checkbox"/> Duración de la rotación |
| <p>Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>A) Aspirantes externos al Instituto Mexicano del Seguro Social</p> | IMSS-03-005-A | 15 días naturales | Número de días, meses, años para la promoción solicitada | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de solicitud del trámite <p>Datos Generales del aspirante</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CURP <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Primer apellido <input type="checkbox"/> Segundo apellido <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> Lugar de nacimiento <input type="checkbox"/> Teléfono (lada y número) <input type="checkbox"/> Extensión <input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Estado civil <p>Domicilio del Solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Código Postal <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Número Exterior <input type="checkbox"/> Número Interior <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Localidad <input type="checkbox"/> Municipio o Delegación. <input type="checkbox"/> Estado o Distrito Federal <input type="checkbox"/> Entre que calles (tipo y nombre) <input type="checkbox"/> Calle posterior (tipo y nombre) <p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tipo de administración <input type="checkbox"/> Derecho de Tránsito |

| | | | | |
|--|---------------|-------------------|--|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> Código de la Carretera <input type="checkbox"/> Tramo de la Carretera <input type="checkbox"/> Cadenamiento o Kilómetro En caso de ser camino llenar la siguiente información <input type="checkbox"/> Término genérico <input type="checkbox"/> Tramo del camino <input type="checkbox"/> Margen <input type="checkbox"/> Cadenamiento Escuela de Enfermería Solicitada <input type="checkbox"/> Escuela del IMSS donde solicita la inscripción Antecedentes escolares estudios de bachillerato <input type="checkbox"/> Nombre del plantel <input type="checkbox"/> Entidad Federativa <input type="checkbox"/> Período <input type="checkbox"/> Promedio Firma del Solicitante <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante Documentos anexos <input type="checkbox"/> Copia Certificada del Acta de nacimiento; (sólo para cotejo) y copia simple <input type="checkbox"/> Copia certificada de bachillerato (sólo para cotejo) y copia simple <input type="checkbox"/> Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate <input type="checkbox"/> Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS |
| Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social. B) Aspirantes trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social | IMSS-03-005-B | 15 días naturales | Número de días, meses, años para la promoción solicitada | Datos <input type="checkbox"/> Fecha de solicitud del trámite Datos Generales del aspirante <input type="checkbox"/> CURP <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Primer apellido <input type="checkbox"/> Segundo apellido <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lugar de nacimiento <input type="checkbox"/> Teléfono (lada y número) <input type="checkbox"/> Extensión <input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Estado civil Domicilio del Solicitante <input type="checkbox"/> Código Postal <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Número Exterior <input type="checkbox"/> Número Interior <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Localidad <input type="checkbox"/> Municipio o Delegación. <input type="checkbox"/> Estado o Distrito Federal <input type="checkbox"/> Entre que calles (tipo y nombre) <input type="checkbox"/> Calle posterior (tipo y nombre) En caso de ser carretera llenar la siguiente información. <input type="checkbox"/> Tipo de administración <input type="checkbox"/> Derecho de Tránsito <input type="checkbox"/> Código de la Carretera <input type="checkbox"/> Tramo de la Carretera <input type="checkbox"/> Cadenamiento o Kilómetro En caso de ser camino llenar la siguiente información <input type="checkbox"/> Término genérico <input type="checkbox"/> Tramo del camino <input type="checkbox"/> Margen <input type="checkbox"/> Cadenamiento Escuela de Enfermería Solicitada <input type="checkbox"/> Escuela del IMSS donde solicita la inscripción Antecedentes escolares estudios de bachillerato. <input type="checkbox"/> Nombre del plantel <input type="checkbox"/> Entidad Federativa <input type="checkbox"/> Período <input type="checkbox"/> Promedio Actividad laboral en el IMSS <input type="checkbox"/> Unidad de adscripción en el IMSS <input type="checkbox"/> Antigüedad <input type="checkbox"/> Categoría o puesto |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Código postal <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Número Exterior <input type="checkbox"/> Número Interior <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Localidad <input type="checkbox"/> Municipio o Delegación <input type="checkbox"/> Estado o Distrito Federal <input type="checkbox"/> Entre que calles (tipo y nombre) <input type="checkbox"/> Calle posterior <input type="checkbox"/> Teléfono fijo (lada y número) <input type="checkbox"/> Extensión <p>En caso de carretera llenar la siguiente información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tipo de administración <input type="checkbox"/> Derecho de tránsito <input type="checkbox"/> Código de la Carretera <input type="checkbox"/> Tramo de la Carretera <input type="checkbox"/> Cadenamiento o Kilómetro <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Término genérico <input type="checkbox"/> Tramo de camino <input type="checkbox"/> Margen <input type="checkbox"/> Cadenamiento <p>Firma del Solicitante</p> <p>Nombre y firma del solicitante</p> <p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copia Certificada del Acta de nacimiento; (sólo para cotejo) y copia simple <input type="checkbox"/> Copia certificada de bachillerato (sólo para cotejo) y copia simple <input type="checkbox"/> Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate <input type="checkbox"/> Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS |
|--|--|--|--|---|

ACUERDOS DE LA LSS

| | | | | |
|--|----------------------|--------------------------|---|--|
| <p>Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>C) Aspirantes hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social</p> | <p>IMSS-03-005-C</p> | <p>15 días naturales</p> | <p>Número de días, meses, años para la promoción solicitada</p> | <p>Datos Fecha de solicitud del trámite</p> <p>Datos Generales del aspirante</p> <p><input type="checkbox"/> Foto</p> <p><input type="checkbox"/> CURP</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre</p> <p><input type="checkbox"/> Primer apellido</p> <p><input type="checkbox"/> Segundo apellido</p> <p><input type="checkbox"/> Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Lugar de nacimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Teléfono (lada y número)</p> <p><input type="checkbox"/> Extensión</p> <p><input type="checkbox"/> Teléfono móvil</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico</p> <p><input type="checkbox"/> Edad</p> <p><input type="checkbox"/> Estado civil</p> <p>Domicilio del Solicitante</p> <p><input type="checkbox"/> Código Postal</p> <p><input type="checkbox"/> Calle</p> <p><input type="checkbox"/> Número Exterior</p> <p><input type="checkbox"/> Número Interior</p> <p><input type="checkbox"/> Colonia</p> <p><input type="checkbox"/> Localidad</p> <p><input type="checkbox"/> Municipio o Delegación</p> <p><input type="checkbox"/> Estado o Distrito Federal</p> <p><input type="checkbox"/> Entre que calles (tipo y nombre)</p> <p><input type="checkbox"/> Calle posterior (tipo y nombre)</p> <p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <p><input type="checkbox"/> Tipo de administración</p> <p><input type="checkbox"/> Derecho de Tránsito</p> <p><input type="checkbox"/> Código de la Carretera</p> <p><input type="checkbox"/> Tramo de la Carretera</p> <p><input type="checkbox"/> Cadenamiento o Kilómetro</p> <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <p><input type="checkbox"/> Término genérico</p> <p><input type="checkbox"/> Tramo del camino</p> <p><input type="checkbox"/> Margen</p> <p><input type="checkbox"/> Cadenamiento</p> <p>Escuela de Enfermería Solicitada</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela del IMSS donde solicita la inscripción</p> |
|--|----------------------|--------------------------|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Antecedentes escolares estudios de bachillerato.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombre del plantel <input type="checkbox"/> Entidad Federativa <input type="checkbox"/> Período <input type="checkbox"/> Promedio <p>Actividad laboral en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Unidad de adscripción en el IMSS <input type="checkbox"/> Antigüedad <input type="checkbox"/> Categoría o puesto <p>Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Código postal <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Número Exterior <input type="checkbox"/> Número Interior <input type="checkbox"/> Colonia <input type="checkbox"/> Localidad <input type="checkbox"/> Municipio o Delegación <input type="checkbox"/> Estado o Distrito Federal <input type="checkbox"/> Entre que calles (tipo y nombre) <input type="checkbox"/> Calle posterior <input type="checkbox"/> Teléfono fijo (lada y número) <input type="checkbox"/> Extensión <input type="checkbox"/> En caso de carretera llenar la siguiente información <input type="checkbox"/> Tipo de administración <input type="checkbox"/> Derecho de tránsito <input type="checkbox"/> Código de la Carretera <input type="checkbox"/> Tramo de la Carretera <input type="checkbox"/> Cadenamiento o Kilómetro <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Término genérico <input type="checkbox"/> Tramo de camino <input type="checkbox"/> Margen <input type="checkbox"/> Cadenamiento <p>Firma del Solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante <p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copia Certificada del Acta de nacimiento; (sólo para cotejo) y copia simple |
|--|--|--|--|---|

ACUERDOS DE LA LSS

| | | | | |
|--|-------------|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copia certificada de bachillerato (sólo para cotejo) y copia simple <input type="checkbox"/> Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate <input type="checkbox"/> Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS |
| <p>Solicitud para que personal del área de la salud extra-institucional ingrese o realice programas de educación continua en el Instituto Mexicano del Seguro Social</p> | IMSS-03-006 | 60 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos. | La autorización tendrá la vigencia que dure el curso señalada en la solicitud del aspirante. | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de solicitud del Trámite <input type="checkbox"/> Nombre del curso que solicita <input type="checkbox"/> Origen de la solicitud (Particular, Institución Pública) <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Domicilio de la persona solicitante (Código postal, Calle, Número exterior, Número Interior, Colonia, Municipio o Delegación, Estado o Distrito Federal) <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Contacto en caso de emergencia (nombre y teléfono lada y número) <input type="checkbox"/> Nombre(s) <input type="checkbox"/> Primer apellido <input type="checkbox"/> Segundo apellido <input type="checkbox"/> CURP en caso de ser mexicano(a) <input type="checkbox"/> Cédula profesional (o su equivalente) <input type="checkbox"/> Cédula profesional de especialista (o su equivalente) <input type="checkbox"/> Fecha del curso solicitado (inicio, fin) <input type="checkbox"/> Modalidad del curso que solicita (Monográfico, Monográfico con Prácticas, Congreso, Diplomado, Adiestramiento en Servicio) |

| | | | | |
|---|---------------|--|---|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tipo de Unidad Médica en la que desea realizar el curso <input type="checkbox"/> Estado de la república en donde desea realizar el curso <input type="checkbox"/> Firma <p>Documentos ane-xos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Título Universitario de Licenciatura <input type="checkbox"/> Título Universitario de Especialidad (o su comprobante de trámite) <input type="checkbox"/> Cédula Profesional del último grado de estudios cursado (o su comprobante de trámite) <input type="checkbox"/> Seguro de Médico de Gastos Mayores en Salud <input type="checkbox"/> Certificado Médico de Salud <input type="checkbox"/> Identificación Oficial <input type="checkbox"/> CURP |
| <p>Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>A) Aspirantes mexicanos, externos al Instituto Mexicano del Seguro Social</p> | IMSS-03-007-A | 30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos. | Sólo aplica para el ingreso al primer grado del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada. | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de Solicitud del trámite <input type="checkbox"/> Año de inicio del curso <input type="checkbox"/> Fecha de solicitud <input type="checkbox"/> CURP (Clave Única de Registro de Población) <input type="checkbox"/> RFC (Registro Federal de Contribuyentes) <input type="checkbox"/> Lugar y fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/> Número de hijos <input type="checkbox"/> Talla de bata <input type="checkbox"/> Talla de calzado <input type="checkbox"/> Talla de pantalón <input type="checkbox"/> Domicilio del solicitante <input type="checkbox"/> Número de teléfono fijo <input type="checkbox"/> Número de teléfono móvil <input type="checkbox"/> Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia <input type="checkbox"/> Escuela o facultad de procedencia |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Institución donde realizó o está realizando el servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de término del servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de examen profesional <input type="checkbox"/> Número de cédula profesional <input type="checkbox"/> Título obtenido <input type="checkbox"/> Número de años como profesor en la escuela de Odontología (en su caso) <input type="checkbox"/> Número de publicaciones en revistas científicas (en su caso) <input type="checkbox"/> Promedio general de calificaciones de la carrera <input type="checkbox"/> Primera opción de sede <input type="checkbox"/> Segunda opción de sede <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia <input type="checkbox"/> Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia <input type="checkbox"/> Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia <input type="checkbox"/> RFC (Registro Federal de Contribuyentes). Original y copia <input type="checkbox"/> Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia <input type="checkbox"/> Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia <input type="checkbox"/> Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|---------------|--|---|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> □ Cédula profesional. Original y copia □ 3 Fotografías a color tamaño infantil □ Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia □ Título profesional de licenciatura. Original y copia <p>NOTA: los documentos Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS) y Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones) no son aplicables para esta modalidad.</p> |
| <p>Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>B) Aspirantes extranjeros, externos al Instituto Mexicano del Seguro Social</p> | IMSS-03-007-B | 30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos. | Sólo aplica para el ingreso al primer grado del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada. | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Fecha de Solicitud del trámite □ Año de inicio del curso □ Fecha de solicitud □ CURP (Clave Única de Registro de Población) □ Lugar y fecha de nacimiento □ Nacionalidad □ Estado Civil □ Número de hijos □ Talla de bata □ Talla de calzado □ Talla de pantalón □ Domicilio del solicitante Número de teléfono fijo □ Número de teléfono móvil □ Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia □ Escuela o facultad de procedencia □ Institución donde realizó o está realizando el servicio social o su equivalente en el país de origen □ Fecha de término del servicio social o su equivalente en el país de origen |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de examen profesional <input type="checkbox"/> Número de cédula profesional <input type="checkbox"/> Título obtenido <input type="checkbox"/> Número de años como profesor en la escuela de Odontología (en su caso) <input type="checkbox"/> Número de publicaciones en revistas científicas (en su caso) <input type="checkbox"/> Promedio general de calificaciones de la carrera <input type="checkbox"/> Domicilio en su país de origen <input type="checkbox"/> Número de pasaporte <input type="checkbox"/> Primera opción de sede <input type="checkbox"/> Segunda opción de sede <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante Documentos <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) original y copia <input type="checkbox"/> Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia <input type="checkbox"/> Clave Unica de Registro de Población (CURP). Original y copia <input type="checkbox"/> Comprobante de actividades docentes en Odontología. Original y copia <input type="checkbox"/> Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia <input type="checkbox"/> Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia <input type="checkbox"/> Cédula profesional. Original y copia <input type="checkbox"/> 3 Fotografías a color tamaño infantil |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|---------------|--|---|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia <input type="checkbox"/> Título profesional de licenciatura. Original y copia <input type="checkbox"/> Forma FM3. Original y copia <input type="checkbox"/> Pasaporte. Original y copia <input type="checkbox"/> Visa. Original y copia <p>NOTA: los documentos Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS) y Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones) no son documentos aplicables para esta modalidad.</p> |
| <p>Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>C) Aspirantes trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social</p> | IMSS-03-007-C | 30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos. | Sólo aplica para el ingreso al primer grado del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada. | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de Solicitud del trámite <input type="checkbox"/> Año de inicio del curso <input type="checkbox"/> Fecha de solicitud <input type="checkbox"/> CURP (Clave Única de Registro de Población) <input type="checkbox"/> RFC (Registro Federal de Contribuyentes) <input type="checkbox"/> Lugar y fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/> Número de hijos <input type="checkbox"/> Talla de bata <input type="checkbox"/> Talla de calzado <input type="checkbox"/> Talla de pantalón <input type="checkbox"/> Domicilio del solicitante <input type="checkbox"/> Número de teléfono fijo <input type="checkbox"/> Número de teléfono móvil <input type="checkbox"/> Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia <input type="checkbox"/> Escuela o facultad de procedencia <input type="checkbox"/> Institución donde realizó o está realizando el servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de término del servicio social |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fecha de examen profesional <input type="checkbox"/> Número de cédula profesional <input type="checkbox"/> Título obtenido <input type="checkbox"/> Número de años como profesor en la escuela de Odontología (en su caso) <input type="checkbox"/> Número de publicaciones en revistas científicas (en su caso) <input type="checkbox"/> Matrícula del IMSS (sólo para trabajadores de base) <input type="checkbox"/> Tipo de contratación (Base o confianza) <input type="checkbox"/> Unidad de adscripción <input type="checkbox"/> Categoría <input type="checkbox"/> Fecha de ingreso como trabajador del IMSS <input type="checkbox"/> Promedio general de calificaciones de la carrera <input type="checkbox"/> Primera opción de sede <input type="checkbox"/> Segunda opción de sede <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia <input type="checkbox"/> Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia <input type="checkbox"/> Clave Unica de Registro de Población (CURP). Original y copia <input type="checkbox"/> Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia <input type="checkbox"/> RFC (Registro Federal de Contribuyentes). Original y copia |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|---------------|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia ☐ Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia ☐ Cédula profesional. Original y copia ☐ 3 Fotografías a color tamaño infantil ☐ Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia ☐ Título profesional de licenciatura. Original y copia ☐ Nombramiento definitivo de base del trabajador. Original y copia ☐ Propuesta de ocupación definitiva de plaza vacante. Original y copia ☐ Último tarjetón de pago (quincena actual). Original y copia <p>NOTA: los documentos Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS) y Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones) no son documentos aplicables para esta modalidad.</p> |
| <p>Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>D) Aspirantes hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social</p> | IMSS-03-007-D | 30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos. | Sólo aplica para el ingreso al primer grado del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada. | <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Fecha de Solicitud del trámite ☐ Año de inicio del curso ☐ Fecha de solicitud ☐ CURP (Clave Única de Registro de Población) ☐ RFC (Registro Federal de Contribuyentes) ☐ Lugar y fecha de nacimiento ☐ Nacionalidad ☐ Estado Civil ☐ Número de hijos |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Talla de bata <input type="checkbox"/> Talla de calzado <input type="checkbox"/> Talla de pantalón <input type="checkbox"/> Domicilio del solicitante <input type="checkbox"/> Número de teléfono fijo <input type="checkbox"/> Número de teléfono móvil <input type="checkbox"/> Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia <input type="checkbox"/> Escuela o facultad de procedencia <input type="checkbox"/> Institución donde realizó o está realizando el servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de término del servicio social <input type="checkbox"/> Fecha de examen profesional <input type="checkbox"/> Número de cédula profesional <input type="checkbox"/> Título obtenido <input type="checkbox"/> Número de años como profesor en la escuela de Odontología (en su caso) <input type="checkbox"/> Número de publicaciones en revistas científicas (en su caso) <input type="checkbox"/> Nombre del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS <input type="checkbox"/> Matrícula del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS <input type="checkbox"/> Unidad de adscripción del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS <input type="checkbox"/> Primera opción de sede <input type="checkbox"/> Segunda opción de sede <input type="checkbox"/> Promedio general de calificaciones de la carrera <input type="checkbox"/> Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento. Original y copia <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio. Original y copia |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> □ Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia □ Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia □ Clave Unica de Registro de Población (CURP). Original y copia □ RFC (Registro Federal de Contribuyentes). Original y copia □ Comprobante de actividades docentes en Odontología. Original y copia □ Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia □ Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia □ Cédula profesional. Original y copia □ 3 Fotografías a color tamaño infantil. □ Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia □ Título profesional de licenciatura. Original y copia □ Ultimo tarjetón de pago del padre o de la madre del solicitante (quinceña actual). Original y copia <p>NOTA: los documentos Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS) y Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones) no son documentos aplicables para esta modalidad.</p> |
|--|--|--|--|---|

México, D.F., a 26 de agosto de 2015. El Director de Prestaciones Médicas del IMSS, **Javier Dávila Torres**. Rúbrica.

ACUERDO ACDO.AS1.HCT.220715/148.PDPES, DICTADO POR EL H. CONSEJO TECNICO, EN LA SESION ORDINARIA CELEBRADA EL DIA 22 DE JULIO DEL AÑO EN CURSO, PARA AUTORIZAR EL PROGRAMA DE MEJORA PARA LA COMPROBACION DE SUPERVIVENCIA, PROPUESTO POR LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES

Publicado en el D.O.F. del 23 de octubre de 2015

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 22 de julio del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS1.HCT.220715/148.P. DPES, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5, 57 y 58, fracción I, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracción XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y de conformidad con el planteamiento presentado por la Dirección General, por conducto de la encargada del despacho de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficio 246 del 13 de julio de 2015, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 8 del mes y año citados, Acuerdo: **Primero.** Autorizar el Programa de Mejora para la Comprobación de Supervivencia, propuesto por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. **Segundo.** Autorizar como mecanismo de comprobación de supervivencia para los pensionados y asignatarios que residen en el territorio nacional, el uso de datos derivados de trámites y servicios del Estado, así como de otras fuentes de información, el cual es adicional a los previstos en el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.270814/185.P. DPES y sus anexos, aprobado por este Organismo de Gobierno en sesión del 27 de agosto de 2014 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de octubre del mismo año. Para que los pensionados y asignatarios puedan gozar del beneficio de no acudir presencialmente a comprobar supervivencia, deberán contar con sus datos actualizados ante el Instituto. En los demás casos, continúa vigente la regla 12, del referido Acuerdo. **Tercero.** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, para que de manera directa o por conducto de la Coordinación de Prestaciones Económicas, dicte las instrucciones y emita los criterios que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones, de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo éstas presenten. **Cuarto.** Dejar sin efectos el Acuerdo ACDO-HCT-311007/454.P.(D.P.E.S.) aprobado por este Consejo Técnico en sesión del 31 de octubre de 2007. **Quinto.** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, para que reporte semestralmente a este Organismo de Gobierno, sobre los resultados y avances del programa que se autoriza. **Sexto.** Instruir a

la Dirección Jurídica, para que realice las gestiones necesarias, en el ámbito de su competencia, para la publicación de este Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación. **Séptimo.** El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente de su aprobación”.

Atentamente

México, D.F., a 23 de julio de 2015. El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.** Rúbrica.

(R. 420778)



ACUERDO 002/DIR Y SU ANEXO UNICO POR EL CUAL EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A TRAVES DE LA DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION, DA A CONOCER EL DISEÑO ESTANDARIZADO DE LOS FORMATOS DE TRAMITES CON MOTIVO DE LA APLICACION DE LA GRAFICA BASE PREVISTA EN EL MARCO DEL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE LA VENTANILLA UNICA NACIONAL PARA LOS TRAMITES E INFORMACION DEL GOBIERNO Y DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACION, OPERACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA VENTANILLA UNICA NACIONAL, PUBLICADOS EL 3 DE FEBRERO Y EL 4 DE JUNIO DE 2015

Publicado en el D.O.F. del 10 de noviembre de 2015

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Incorporación y Recaudación. México. Gobierno de la República.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 9, 39, 251, fracción XXXVII y 268-A de la Ley del Seguro Social; 5, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3, 4, 32 fracción V y 75, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización; 2 fracción V, 3 fracción II inciso c); 4, 6 primer párrafo y fracción II, 71 fracciones XI y XXI, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como Tercero, Sexto y Séptimo, del Decreto por el que se establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno; y

CONSIDERANDO

Que el Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, establece que las diversas estrategias transversales previstas en dicho plan se aplicarán normativamente a través de programas especiales; derivado de ello, el 30 de agosto de 2013, se publicó en dicho medio de difusión oficial, el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, el cual incorpora, entre otros, el objetivo de “Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento”;

Que en el marco del objetivo antes referido, se incorporaron como líneas de acción de la Estrategia Digital Nacional las de “Desarrollar una oferta de trámites y servicios de calidad mediante un Catálogo Nacional de Trámites y Servicios del Estado (CNTSE)” y “Digitalizar los trámites y servicios del CNTSE e incorporarlos al portal

www.gob.mx de la Ventanilla Unica Nacional”, las cuales serán implementadas por las dependencias, entidades e instancias administrativas encargadas de la coordinación de la política en esa materia, que serán de observancia obligatoria para la Administración Pública Federal, a través de los programas respectivos;

Que el Artículo Primero del Decreto por el que se establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 2015, establece que su objeto es establecer la Ventanilla Unica Nacional, como el punto de contacto digital a través del portal de Internet www.gob.mx, el cual propiciará la interoperabilidad con los sistemas electrónicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de las empresas productivas del Estado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a éstas y en el ámbito de sus respectivas atribuciones.

Que el referido Decreto por el que se establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, dispone en sus artículos Tercero fracciones III, V, Sexto y Séptimo, que la Ventanilla Unica Nacional tendrá como objetivos, entre otros, dotar de una imagen institucional integral y homogénea que permita a las personas identificar los diversos canales de atención; y proporcionar información respecto de los trámites, de manera homologada, estandarizada e integrada; para lo cual las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado deberán observar los criterios técnicos, metodologías, guías, instructivos, manuales, estándares, principios de homologación y demás instrumentos que emita la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública, en los que se establecerán las directrices y definiciones necesarias para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Unica Nacional, del Catálogo y del Sistema Nacional de Trámites y Servicios, para lo anterior las dependencias y entidades deberán adecuar los canales de atención para llevar a cabo los trámites en forma estandarizada y homologada;

Que las Disposiciones Generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Unica Nacional, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015, establecen que las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado, deberán contribuir con lo que la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública determine para que la Ventanilla Unica Nacional sea el único punto de acceso a sus trámites e información; estandarizar los formatos y formularios alineándose a los estándares de diseño, es decir gráfica base y estructura de datos que establezca dicha Unidad;

Que conforme a lo previsto en el artículo cuarto transitorio del Decreto por el que se establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno antes citado, la Ventanilla deberá iniciar su operación y funcionamiento dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del Decreto en comento;

Que el Plan de Trabajo formulado por este Instituto de conformidad con las Disposiciones Generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Unica Nacional publicadas

en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015, establece cinco etapas en las que de manera gradual se realizará la aplicación de la gráfica base a los formatos que se utilizan en sus trámites;

Que en una segunda etapa, la Dirección de Incorporación y Recaudación aplicará el diseño estandarizado previsto por el Decreto y disposiciones citados, a cuatro formatos de trámites del Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, así como a un quinto formato que no se encuentra inscrito en el citado Registro, toda vez que es de naturaleza fiscal;

Que conforme a las consideraciones y fundamentos expuestos, los instructivos, manuales y formatos que expidan las dependencias de la Administración Pública Federal, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación previamente a su aplicación, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO 002/DIR por el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación, da a Conocer el Diseño Estandarizado de los Formatos de Trámites con Motivo de la Aplicación de la Gráfica Base Prevista en el Marco del Decreto por el que se Establece la Ventanilla Unica Nacional para los Trámites e Información del Gobierno y de las Disposiciones Generales para la Implementación, Operación y Funcionamiento de la Ventanilla Unica Nacional, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero y el 4 de junio de 2015

ARTICULO PRIMERO. Se da a conocer en el “Anexo Unico” del presente Acuerdo, el diseño estandarizado de los formatos de los trámites del Instituto Mexicano del Seguro Social que se señalan a continuación, derivado de la aplicación de la gráfica base, que serán descargables a través del portal www.gob.mx, a los que fue aplicada la gráfica base:

| Formato | Homoclave | Denominación del trámite |
|--|---------------|--|
| Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio (ARP-PF) | IMSS-02-001-A | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad A) Para persona física. |
| | IMSS-02-001-B | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad B) Para persona física del campo. |
| | IMSS-02-001-F | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad F) Para persona física por clase. |

| Formato | Homoclave | Denominación del trámite |
|---|---------------|--|
| Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio (ARP-PM) | IMSS-02-001-C | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad C) Para persona moral. |
| | IMSS-02-001-D | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad D) Para persona moral del campo. |
| | IMSS-02-001-E | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad E) Para persona moral sindicato. |
| | IMSS-02-001-G | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad G) Para persona moral por clase. |
| Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT) | IMSS-02-028-A | Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo. Modalidad A) Por cambio de actividad. |
| | IMSS-02-028-B | Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo. Modalidad B) Por incorporación de actividades; por sustitución patronal. |
| | IMSS-02-028-C | Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo. Modalidad C) Por compra de activos, por cualquier acto de enajenación; por arrendamiento; por comodato, por fideicomiso traslativo. |
| | IMSS-02-028-D | Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo. Modalidad D) Por cambio de domicilio. |

| Formato | Homoclave | Denominación del trámite |
|---------|---------------|---|
| | IMSS-02-028-E | Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo. Modalidad E) Por fusión; por escisión para la empresa escidente. |
| | IMSS-02-028-F | Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo. Modalidad F) Por reanudación de actividades. |
| | IMSS-02-028-G | Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo. Modalidad G) Por cambio por disposición de Ley o del RACERF. |
| | IMSS-02-001-A | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad A) Para persona física. |
| | IMSS-02-001-B | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad B) Para persona física del campo. |
| | IMSS-02-001-C | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad C) Para persona moral. |
| | IMSS-02-001-D | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad D) Para persona moral del campo. |
| | IMSS-02-001-E | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad E) Para persona moral sindicato. |

| Formato | Homoclave | Denominación del trámite |
|--|---------------|---|
| | IMSS-02-001-F | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad F) Para persona física por clase. |
| | IMSS-02-001-G | Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades. Modalidad G) Para persona moral por clase. |
| | IMSS-02-002-B | Aviso de modificación al Registro Patronal. Modalidad B) Por cambio de domicilio. |
| | IMSS-02-002-C | Aviso de modificación al Registro Patronal. Modalidad C) Por sustitución patronal. |
| | IMSS-02-002-D | Aviso de modificación al Registro Patronal. Modalidad D) Por fusión. |
| | IMSS-02-002-E | Aviso de modificación al Registro Patronal. Modalidad E) Por escisión. |
| Constancia de Vigencia de Derechos (FF-IMSS-012) | IMSS-02-020 | Solicitud de Constancia de Vigencia de Derechos para recibir servicios médicos. |
| Presentación de la Corrección Patronal (CORP-02) | IMSS-02-073 | Presentación de la Corrección Patronal. |

ARTICULO SEGUNDO. Los formatos podrán reproducirse libremente en cualquier medio, siempre y cuando no sean alterados y en su caso, la impresión de los mismos se deberá hacer en hojas blancas tamaño carta, a excepción de la Constancia de Vigencia de Derechos (FF-IMSS-012), la cual es resultado de la información que se captura en el sistema.

ARTICULO TERCERO. El personal de los Organos Operativos competentes, adscritos a los Organos de Operación Administrativa Desconcentrada del Instituto Mexicano del Seguro Social, que otorgue la atención en ventanilla para la realización de los trámites descritos en el Artículo Primero, deberá proporcionar la orientación e

información necesaria para la realización del trámite y el llenado del formato que corresponda.

TRANSITORIOS 2015

Publicados en el D.O.F. del 10 de noviembre de 2015

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día hábil siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. El presente Acuerdo actualiza la imagen de los formatos de los trámites a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social enunciados en el Artículo Primero de este Acuerdo, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 22 de agosto de 2013 y el 4 de noviembre de 2013, respectivamente.

TERCERO. Los asuntos que se encuentren pendientes de resolución a la fecha de publicación del presente Acuerdo se resolverán utilizando los formatos presentados al inicio de los mismos.

CUARTO. El Instituto Mexicano del Seguro Social realizará las acciones necesarias para efectuar las modificaciones que requieran sus sistemas informáticos para la aplicación de los conceptos que integran el diseño estandarizado requerido por la Ventanilla Unica Nacional; en el lapso en que se realicen dichas adecuaciones, el Instituto podrá aplicar dicho diseño estandarizado de forma gradual en aquellos sistemas institucionales que así lo permitan, o que cuenten con la viabilidad técnica para ser modificados. En tanto, los sistemas informáticos seguirán operando conforme su funcionamiento actual.

QUINTO. Cuando el trámite de la corrección patronal se presente en línea, el formato incluirá el Id Trámite, el Sello Digital y la Cadena Original.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiséis días del mes de octubre de dos mil quince. El Director de Incorporación y Recaudación, **Tuffic Miguel Ortega**. Rúbrica.

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio

| |
|--|
| Homoclave del formato |
| ARP-PF |
| Fecha de publicación del formato en el DOF |
| DD / MM / AAAA |

| |
|-------|
| Folio |
| |


Este formato consta de 6 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección VI (*) Datos opcionales

| | |
|--|--|
| 1. Fecha de presentación de este aviso: DD / MM / AAAA | 2. Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento: DD / MM / AAAA |
|--|--|

I. Datos generales del patrón o sujeto obligado

| | | |
|----------------------|---------------------|----------------------|
| 3. Nombre(s): | 4. Primer apellido: | 5. Segundo apellido: |
| 6. Nombre comercial: | | |
| 7. CURP: | 8. RFC: | |

I.1 Domicilio fiscal

Si el patrón ya tiene uno o varios registros patronales vigentes, marque y pase a la sección II 

| | | |
|---|-------------------------------------|----------------------|
| 9. Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Comedix, etc.)</small> | 10. Número exterior: | 11. Número interior: |
| 12. Entre que calles: | 13. Calle posterior: | |
| 14. Colonia: <small>(Por ejemplo Ampliación Juárez, Residencial Híbalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | 15. *Localidad: | |
| 16. Municipio o Delegación: | 17. Estado o Distrito Federal: | 18. Código postal: |
| 19. Teléfono fijo (lada y número): | 20. *Teléfono fijo (lada y número): | |
| 21. *Correo electrónico: | | |

I.2 *Representante legal

| | | |
|---|----------------------|-----------------------|
| 22. Presenta poder: Sí <input type="checkbox"/> | | |
| 23. Nombre(s): | 24. Primer apellido: | 25. Segundo apellido: |
| 26. RFC: | 27. CURP: | |
| 28. Teléfono fijo (lada y número): | *Ext.: | 29. *Teléfono móvil: |
| 30. *Correo electrónico: | | |

*De conformidad con los artículos 4 y 49-A, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA FEDERACIÓNCOFOPR
del Seguro Patronal

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 1 de 9

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

II. Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal

II.1. Domicilio

Si es el mismo que el domicilio fiscal, marque y pase a la sección II.2 ➔

| | | |
|--|-------------------------------------|----------------------|
| 31. Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small> | 32. Número exterior: | 33. Número interior: |
| 34. Entre que calles: | 35. Calle posterior: | |
| 36. Colonia: <small>(Por ejemplo Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | 37. *Localidad: | |
| 38. Municipio o Delegación: | 39. Estado o Distrito Federal: | 40. Código postal: |
| 41. Teléfono fijo (lada y número): | 42. *Teléfono fijo (lada y número): | |
| 43. *Correo electrónico: | | |

II.2 Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)

| Persona autorizada 1 | | |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 44. Nombre(s): | 45. Primer Apellido: | 46. Segundo Apellido: |
| 47. RFC: | 48. CURP | |
| 49. Teléfono fijo (lada y número): | *Ext. | 50. *Teléfono móvil: |
| 51. *Correo electrónico: | | |
| Persona autorizada 2 | | |
| 44. Nombre(s): | 45. Primer Apellido: | 46. Segundo Apellido: |
| 47. RFC: | 48. CURP | |
| 49. Teléfono fijo (lada y número): | *Ext. | 50. *Teléfono móvil: |
| 51. *Correo electrónico: | | |
| Persona autorizada 3 | | |
| 44. Nombre(s): | 45. Primer Apellido: | 46. Segundo Apellido: |
| 47. RFC: | 48. CURP | |
| 49. Teléfono fijo (lada y número): | *Ext. | 50. *Teléfono móvil: |
| 51. *Correo electrónico: | | |

III. Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón

52. Especificar su giro:

53. Presta servicios de personal: No Sí ➔

54. Indique el número de centros de trabajo: ➔ 55. Solicita registro patronal por clase:

MÉXICO
GOBIERNO FEDERAL



COFOPR
COMITÉ FEDERAL
DE OBREROS PATRONALES



Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

III.1 Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización

De conformidad con la información que se declara y con fundamento en los artículos 72, 73 y 75 de la Ley del Seguro Social y los artículos 1 fracción IV, 3, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 29, 30 y 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, manifiesto que este registro patronal tiene la siguiente clasificación:

| Clasificación | Clave | Descripción |
|----------------------|-------|--------------------------|
| 56. División: | | |
| 57. Grupo: | | |
| 58. Fracción: | | |
| 59. Clase de riesgo: | | 60. Prima media del SRT: |

IV. Datos de la actividad económica que declaró

IV.1 Principales productos elaborados o servicios prestados

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

IV.2 Principales materias primas y materiales utilizados

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

IV.3 Maquinaria y equipos utilizados (excepto equipo de transporte)

| Número de Unidades | Nombre | Uso | No motorizados/Motorizados no automatizados/Automatizados/Otros | Capacidad o Potencia |
|--------------------|--------|-----|---|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

MÉXICO
GOBIERNO FEDERALCOFIDE
del IMSS

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, PB.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06400 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Figura 3 de 9

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

IV.4 Equipo de transporte utilizado

| Número de Unidades | Nombre | Uso | Combustible o energía | Capacidad o Potencia |
|--------------------|--------|-----|-----------------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

IV.5 Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado

Procesos iniciales (descripción):

Procesos intermedios (descripción):

Procesos finales (descripción):

IV.6 Personal

| No. de trabajadores | Oficio u ocupación | No. de trabajadores | Oficio u ocupación |
|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

MÉXICO
GOBIERNO DE LA ENTIDAD



COFOPES
COMITÉ FEDERAL
DE PROMOCIÓN



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuadrante C.F. 04600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

IV.7 Actividades complementarias a la principal

61. Distribución o entrega de mercancías:

- Con transporte propio
- Con transporte ajeno
- No distribuye ni entrega

62. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

V. Firma del patrón y acuse de recibo

V.1. Firma del patrón o de su representante legal

Acuse de recibo
(Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos

Registro patronal:

Delegación:

Subdelegación:

Matrícula del empleado que recibe el formato:

Nombre y firma del patrón o de su representante legal

En su caso, firma electrónica conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social

Conforme a lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, es obligación del patrón comunicar al Instituto, en un plazo no mayor a cinco días hábiles, cualquier circunstancia que modifique los datos proporcionados al Instituto incluyendo aquéllos que modifiquen la actividad.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-001-A
- IMSS-02-001-B
- IMSS-02-001-F

Se emite por duplicado

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOSCOFOPR
de México

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactomss.com.mx>

Página 5 de 9

VI. Instructivo de llenado

Generalidades

Este aviso aplica a los patrones personas físicas en el régimen obligatorio, que contraten trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad o trabajadores asalariados y eventuales del campo. Debe ser presentado por el patrón, quien se debe identificar con los documentos que acompañen a esta solicitud.

El patrón debe firmar de manera autógrafa el formato impreso por el Instituto, una vez concluido el registro, en presencia del empleado del Instituto que atiende el trámite. En el caso de que no sepa o no pueda firmar, debe imprimir su huella digital.

El Instituto podrá verificar que lo manifestado por el patrón en lo relativo a su clasificación se ajuste a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social y su Reglamento.

El registro de los datos contenidos en el formato son obligatorios, excepto los marcados con (*). En caso de que la información que proporcionen los patrones para su registro ante el Instituto se presente incompleta o no coincida con la registrada ante el Servicio de Administración Tributaria o las Dependencias de la Administración Pública Federal competentes, el Instituto notificará al patrón para que éste, en el plazo de cinco días hábiles manifieste lo que a su derecho convenga y, en el caso de que no corrija tales situaciones, el Instituto procederá a dar de baja al patrón, a los trabajadores o a ambos.

La documentación que a continuación se menciona deberá presentarse en copia y original para su cotejo:

Documentación

1. Registro Federal de Contribuyentes, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.

2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo¹.

Documento mediante el cual el Patrón o Sujeto Obligado deberá acreditar el domicilio del centro de trabajo:

- a) **Contratos vigentes** que pueden estar a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a dos meses:
- Arrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.
 - Subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.
 - Fideicomiso debidamente protocolizado.
 - Apertura de cuenta bancaria.
 - Servicio de luz, teléfono o agua.

b) **Estado de cuenta** a nombre del patrón y tener una antigüedad no mayor a dos meses. Expedido por las instituciones del sistema financiero.

c) **Recibos** a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses o tratándose de pago anual deberá corresponder al ejercicio en curso:

- Del impuesto predial o de los servicios de luz, teléfono o de agua.

d) **Carta de radicación o de residencia** a nombre del patrón y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial, por gobiernos estatales, municipales o sus similares en el Distrito Federal.

e) **Comprobante de alineación y número oficial** a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial, por gobiernos estatales, municipales o sus similares en el Distrito Federal.

3. **Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo.**

Deberá anexar un croquis de ubicación del domicilio del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal, indicando las calles de cohabitancia y cualquier detalle que permita ubicar fácilmente su domicilio, el cual deberá presentarse utilizando para ello una hoja blanca tamaño carta.

4. **Identificación oficial del patrón, como son:**

- a) Credencial para votar vigente expedida por el Instituto Nacional Electoral.
- b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero.
- c) Cartilla del Servicio Militar Nacional.
- d) Cédula profesional.
- e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional).
- f) Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad para extranjeros.
- g) Documento migratorio vigente que corresponda, emitido por autoridad competente (en su caso prórroga o refrendo migratorio).

5. **Clave Única de Registro de Población del patrón**, documento expedido por Registro Nacional de Población.

6. **Poder notarial del representante legal** para actos de dominio, de administración o especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto.

7. **Identificación oficial del representante legal, como son:**

- a) Credencial para Votar vigente expedida por el Instituto Nacional Electoral.
- b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero.
- c) Cartilla del Servicio Militar Nacional.
- d) Cédula Profesional.
- e) Matrícula Consular (Documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional).
- f) Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad para extranjeros.
- g) Documento migratorio vigente que corresponda, emitido por autoridad competente (en su caso prórroga o refrendo migratorio).

8. **Registro Federal de Contribuyentes del representante legal**, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.

9. **Clave Única de Registro de Población del representante legal**, documento expedido por Registro Nacional de Población.

10. **Para patrones del campo.**

- a) Permiso Único de Siembra expedido por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA).

¹ Para el caso de los patrones a que se refiere el Artículo 15-A de la Ley del Seguro Social, el comprobante de domicilio deberá ser el de su domicilio fiscal.

Instrucciones de llenado

Anotar en el lugar especificado para ello:

1. Fecha de presentación de este aviso, en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).
2. Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento, la fecha en que la persona física adquirió el carácter de patrón en términos de la Ley Federal del Trabajo, en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).

I. Datos generales del patrón o sujeto obligado

3. Nombre(s), tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
4. Primer apellido, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
5. Segundo apellido, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
6. Nombre comercial, signo o denominación que identifica a la empresa, negocio o comercio.
7. CURP, la Clave Única de Registro de Población, asignado por el Registro Nacional de Población (RENAPO).
8. RFC, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).

II. Domicilio fiscal

Si el patrón ya tiene uno o varios registros patronales vigentes no es necesario volver a proporcionar el domicilio fiscal, sólo deberá marcar con "X" en el cuadro indicado y pasar a la sección II. Si no tiene un registro patronal vigente, anotar en el lugar especificado para ello los datos del domicilio fiscal registrado ante el SAT.

9. Calle. (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)
10. Número exterior
11. Número interior
12. Entre que calles
13. Calle posterior
14. Colonia. (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)
15. *Localidad
16. Municipio o Delegación
17. Estado o Distrito Federal
18. Código postal
19. Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar 12 dígitos para la República Mexicana.
20. *Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar 12 dígitos para la República Mexicana.
21. *Correo electrónico, designado para recibir comunicaciones del Instituto

II.2. *Representante legal

22. Poder notarial. marcar con una "X" si el representante legal presenta poder ya sea de dominio, de administración o especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto.
23. Nombre(s), tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
24. Primer apellido, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
25. Segundo apellido, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
26. RFC, Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
27. CURP Clave Única de Registro de Población, asignada por el Registro Nacional de Población (RENAPO)
28. Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar 12 dígitos para la República Mexicana, en su caso anotar el número de extensión.
29. *Teléfono móvil con clave de larga distancia, registrar 13 dígitos para la República Mexicana.
30. *Correo electrónico designado para recibir comunicaciones del Instituto.

III. Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal

III.1 Domicilio. Si los datos del centro de trabajo son los del domicilio fiscal, marcar con "X" en el cuadro indicado y pasar al numeral II.2. Si es un domicilio diferente, anotar en el lugar especificado para ello los datos del domicilio del centro de trabajo.

31. Calle. (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)
32. Número exterior
33. Número interior
34. Entre que calles
35. Calle posterior
36. Colonia. (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)
37. *Localidad
38. Municipio o Delegación
39. Estado o Distrito Federal
40. Código postal
41. Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar 12 dígitos para la República Mexicana.
42. *Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar un segundo número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
43. *Correo electrónico, designado para recibir comunicaciones del Instituto.

Nota: Recuerde que deberá anexar un croquis de ubicación del domicilio del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal, indicando las calles de coincidencia y cualquier detalle que permita ubicar fácilmente su domicilio.

III.2 Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)

El patrón podrá registrar, si así lo desea, hasta 3 personas autorizadas para presentar avisos de afiliación. En su caso, registrar por cada persona, los datos en el lugar que corresponda.

44. Nombre(s)
45. Primer apellido
46. Segundo apellido
47. RFC
48. CURP
49. Teléfono fijo con clave de larga distancia, en su caso número de extensión, registrar 12 dígitos para la República Mexicana.
50. *Teléfono móvil con clave de larga distancia, registrar 13 dígitos para la República Mexicana
51. *Correo electrónico

III. Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón.

52. Especificar su giro

Anotar el(los) objeto(s) principal(es) para el(los) cual(es) fue constituido la empresa o las actividades que desarrolla para llevar a cabo el propósito del negocio. El giro se define como el conjunto de actividades a las que se dedica una empresa o patrón, estas actividades en forma integral, definen las características del negocio.

Ejemplo: Reparación mecánica y hojalatería de automóviles.

53. **Presta servicios de personal**, marcar con una "X" según corresponda si la empresa realiza la actividad de Prestadora de Servicios de Personal o intermediaria laboral, tratándose de los patrones a que se refiere el Artículo 15 A de la Ley del Seguro Social, en este caso, la información del apartado IV "Datos de la actividad económica que declaró" deberá ser la de la actividad del beneficiario en que sus trabajadores desarrollan los trabajos o servicios.

54. **Indique el número de centros de trabajo**

Si en el numeral 53 ha marcado con una "X" en "SI", deberá indicar el número de centros de trabajo en donde prestan servicios sus trabajadores.

55. **Solicita Registro Patronal por Clase**

Si el numeral 53 ha sido marcado con una "X" en "SI", y el patrón solicita un registro patronal por clase, entonces, deberá marcar con una "X" en el recuadro, en términos del párrafo segundo del Artículo 75 de la Ley del Seguro Social.

Para el caso de los patrones a los que se refiere el Artículo 15 A, de la Ley del Seguro Social, se deberá proporcionar el domicilio del (los) centro(s) de trabajo, en donde sus trabajadores realicen sus labores y en caso de tener más de un centro de trabajo, solicitar el (los) formato(s) necesario(s) en la Subdelegación que corresponda.

III.1 Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

Con base en el Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo previsto en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, indique la clave y la descripción de la división, el grupo y la fracción de la actividad en la cual se clasifica el registro patronal para el cual se presenta este aviso.

56. División

57. Grupo

58. Fracción

59. Clase de riesgo

60. Prima media de SRT

Dato que está asociado a la fracción que el patrón determine en su autodescripción.

Dato proporcionado por el Instituto, asociado a la clase que corresponde a la fracción seleccionada por el patrón de conformidad con lo estipulado en el artículo 73 de la LSS.

(La "clave" se refiere al numeral señalado para los conceptos del Catálogo de Actividades contenido en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización).

IV. Datos de la actividad económica que declaró

IV.1 Principales productos elaborados o servicios prestados

Anotar los productos más importantes o característicos que elabora su negocio, o los servicios que presta, como máximo 10, ejemplo: sector agropecuario, caza y pesca: arroz, maíz, flores, huevo, pescados, etc.; manufacturas: prendas de vestir, lámparas, pilas, llaves mezcladoras, tableros, tensores, refrigeradores, alambre de acero, aceites vegetales; comercio: embutidos, aparatos deportivos, automóviles, cajas de cartón, mobiliario de oficina, etc.; servicios: limpieza, instalación de ventanas, puertas de herrería, restaurante, furgoneta, café internet, servicios legales, etc.

Producto: es cualquier objeto tangible que se fabrica u ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.

Servicio: es el conjunto de atributos físicos, psicológicos y simbólicos que determinan un elemento intangible, que se crea y ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad del cliente.

IV.2 Principales materias primas y materiales utilizados

Anotar las principales materias primas o materiales indispensables, que utiliza para elaborar los productos o prestar los servicios de su negocio, como máximo 10. Son bienes consumibles utilizados, aquellos que generalmente pierden sus propiedades y características, para transformarse y/o formar parte de otros bienes o productos finales.

Materias primas: son los materiales extraídos de la naturaleza que sirven para transformar la misma y construir bienes de consumo. Se clasifican, según su origen: vegetal, animal y mineral, ejemplos: algodón, madera, agua, el hierro, oro, grava, petróleo, granito, etc.

Materiales utilizados: son aquellos insumos que han sido transformados pero que todavía no constituyen definitivamente un bien de consumo o producto final de una empresa. Se denominan también productos semielaborados o semiacabados, ejemplos: tubos, textiles, plásticos, etc.

Ejemplos por sector: agropecuario, caza y pesca: agroquímicos, abonos, semillas, animales de trabajo, productos veterinarios, productos para reforestación; manufacturas: aceites vegetales, adhesivos, aditivos, pinturas, cemento, maneras, plásticos, etc.; comercio y servicios: papel para impresión, bolsas de papel o plástico, cajas, productos médicos, artículos de oficina, materiales de limpieza, prendas de vestir, alimentos, etc.

IV.3 Maquinaria y equipos utilizados (excepto equipo de transporte)

Anotar el número, nombre, uso al que se destina, señalando si es No motorizado, Motorizado no automatizado o Automatizado, la capacidad o potencia, de acuerdo a cada apartado, de las máquinas que emplea para transformar los insumos o materias primas, en los productos o servicios de su empresa o negocio.

No motorizados: son considerados aquellos, que se operan manualmente o artesanalmente para lograr la transformación de insumos o materias primas, en productos o servicios.

Motorizados no automatizados: son aquellos operados por la mano del hombre, que combinan el impulso de motores eléctricos o de combustión para el procesamiento o transformación, de insumos o materias primas en productos o servicios.

Automatizados: son aquellos que realizan procesos continuos de transformación de insumos o materias primas, que básicamente son operados o programados a través de computadoras.

Otros: (Especifique).

IV.4 Equipo de transporte utilizado

Anotar el número, nombre, uso, combustible o energía, y capacidad o potencia del equipo de transporte que emplea para el desarrollo de las actividades de su negocio o empresa, ya sea éste utilizado para el acopio, traslado, entrega, distribución o venta de materias primas, materiales, productos, prestación de los servicios que ofrece, o para el transporte de personal.

IV.5 Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado

Describe los procesos de trabajo de la actividad del patrón, precisando los procesos iniciales, intermedios y finales. En su caso, describa los procesos que realiza para transformar, fabricar o procesar materias primas o insumos, en los productos de su empresa o negocio, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3. Tratándose de empresas prestadoras de servicios deberá describir los procesos iniciales, intermedios y finales de o los servicios que presta, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3.

IV.6 Personal

Anotar el número de trabajadores con que cuenta el patrón por grupos de oficina u ocupación para el desarrollo de su actividad, que describa mejor el trabajo que desarrolla su personal en su negocio o empresa y que contribuye para la fabricación o venta de productos o prestación de servicios.

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

IV.7 Actividades complementarias a la principal

De las opciones que se presentan, señale las actividades complementarias que realiza su empresa o negocio para brindar mejor atención o servicio a sus clientes.

61. Distribución o entrega de mercancías

Marcar con una "X" el campo respectivo, para indicar, si utiliza transporte propio para realizar la entrega de mercancías, si realiza la entrega de mercancías con transporte ajeno o si no cuenta con servicio de distribución o entrega.

62. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

Marcar con una "X", si cuenta con servicios de instalación, reparación o mantenimiento de los productos que elabora o vende.

V. Firma del patrón y acuse de recibo**V.1 Firma del patrón o de su representante legal**

Anotar la firma autógrafa del patrón o del representante legal del patrón persona física, en su caso, firma electrónica, conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Acuse de recibo (para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social).

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio

| |
|--|
| Homoclave del formato |
| ARP-PM |
| Fecha de publicación del formato en el DOF |
| DD / MM / AAAA |

| |
|-------|
| Folio |
| |

Este formato consta de 6 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección VI (*) Datos opcionales

| | |
|--|--|
| 1. Fecha de presentación de este aviso: DD / MM / AAAA | 2. Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento: DD / MM / AAAA |
|--|--|

I. Datos generales del patrón o sujeto obligado

| | |
|---------------------------------|---------|
| 3. Denominación o razón social: | |
| 4. Nombre comercial: | |
| 5. Tipo de sociedad: | 6. RFC: |

I.1 Domicilio fiscal

Si el patrón ya tiene uno o varios registros patronales vigentes, marque y pase a la sección II ↓

| | | |
|---|-------------------------------------|---------------------|
| 7. Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Cabada, Corredor, etc.)</small> | 8. Número exterior: | 9. Número interior: |
| 10. Entre que calles: | 11. Calle posterior: | |
| 12. Colonia: <small>(Por ejemplo Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | 13. *Localidad: | |
| 14. Municipio o Delegación: | 15. Estado o Distrito Federal: | 16. Código postal: |
| 17. Teléfono fijo (lada y número): | 18. *Teléfono fijo (lada y número): | |
| 19. *Correo electrónico: | | |

I.2 Escritura constitutiva

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------|
| 20. Número de escritura: | 21. Número de notaría o correduría: | 22. Lugar y fecha de expedición: DD / MM / AAAA | 23. *Folio mercantil: |
|--------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------|

I.3 Registro de sindicato

| | | |
|---|---|---|
| 24. Número de referencia del documento de registro: | 25. Fecha del documento de registro: DD / MM / AAAA | 26. Autoridad laboral que otorgó el registro: |
|---|---|---|

I.4 Representante legal

| | | |
|---|----------------------|-----------------------|
| 27. Presenta poder: SI <input type="checkbox"/> | | |
| 28. Nombre(s): | 29. Primer apellido: | 30. Segundo apellido: |
| 31. RFC: | | 32. CURP: |
| 33. Teléfono fijo (lada y número): | *Ext.: | 34. *Teléfono móvil: |
| 35. *Correo electrónico: | | |

De conformidad con los artículos 4 y 49-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).



Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactosmss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

I.5. Socios (hasta 4)

| Socio 1 | | |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| 36. Nombre(s) y/o denominación o razón social: | 37. Primer Apellido: | 38. Segundo Apellido: |
| 39. RFC: | 40. CURP: | |
| 41 Teléfono fijo (lada y número): | *Ext: | 42 *Teléfono móvil: |
| 43. *Correo electrónico: | | |
| 44. Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada Comedra, etc.)</small> | 45. Número exterior: | 46. Número interior: |
| 47. Colonia: <small>(Por ejemplo Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | 48. *Localidad: | |
| 49. Municipio o Delegación: | 50. Estado o Distrito Federal: | 51. Código postal: |
| Socio 2 | | |
| 36. Nombre(s) y/o denominación o razón social: | 37. Primer Apellido: | 38. Segundo Apellido: |
| 39. RFC: | 40. CURP: | |
| 41 Teléfono fijo (lada y número): | *Ext: | 42 *Teléfono móvil: |
| 43. *Correo electrónico: | | |
| 44. Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada Comedra, etc.)</small> | 45. Número exterior: | 46. Número interior: |
| 47. Colonia: <small>(Por ejemplo Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | 48. *Localidad: | |
| 49. Municipio o Delegación: | 50. Estado o Distrito Federal: | 51. Código postal: |
| Socio 3 | | |
| 36. Nombre(s) y/o denominación o razón social: | 37. Primer Apellido: | 38. Segundo Apellido: |
| 39. RFC: | 40. CURP: | |
| 41 Teléfono fijo (lada y número): | *Ext: | 42 *Teléfono móvil: |
| 43. *Correo electrónico: | | |
| 44. Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada Comedra, etc.)</small> | 45. Número exterior: | 46. Número interior: |
| 47. Colonia: <small>(Por ejemplo Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | 48. *Localidad: | |
| 49. Municipio o Delegación: | 50. Estado o Distrito Federal: | 51. Código postal: |
| Socio 4 | | |
| 36. Nombre(s) y/o denominación o razón social: | 37. Primer Apellido: | 38. Segundo Apellido: |
| 39. RFC: | 40. CURP: | |
| 41 Teléfono fijo (lada y número): | *Ext: | 42 *Teléfono móvil: |
| 43. *Correo electrónico: | | |
| 44. Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada Comedra, etc.)</small> | 45. Número exterior: | 46. Número interior: |
| 47. Colonia: <small>(Por ejemplo Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | 48. *Localidad: | |
| 49. Municipio o Delegación: | 50. Estado o Distrito Federal: | 51. Código postal: |

MÉXICO
GOBIERNO FEDERALCOFOMER
del Seguro Social

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 2 de 10

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

II. Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal

II.1. Domicilio

Si es el mismo que el domicilio fiscal, marque y pase a la sección II.2 ➔

| | | |
|--|-------------------------------------|----------------------|
| 52. Calle: <small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Comedor, etc.)</small> | 53. Número exterior: | 54. Número interior: |
| 55. Entre que calles: | 56. Calle posterior: | |
| 57. Colonia: <small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | 58. *Localidad: | |
| 59. Municipio o Delegación: | 60. Estado o Distrito Federal: | 61. Código postal: |
| 62. Teléfono fijo (lada y número): | 63. *Teléfono fijo (lada y número): | |
| 64. *Correo electrónico: | | |

II.2 Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)

Persona autorizada 1

| | | |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 65. Nombre(s): | 66. Primer Apellido: | 67. Segundo Apellido: |
| 68. RFC: | 69. CURP | |
| 70. Teléfono fijo (lada y número): | *Ext: | 71. *Teléfono móvil: |
| 72. *Correo electrónico: | | |

Persona autorizada 2

| | | |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 65. Nombre(s): | 66. Primer Apellido: | 67. Segundo Apellido: |
| 68. RFC: | 69. CURP | |
| 70. Teléfono fijo (lada y número): | *Ext: | 71. *Teléfono móvil: |
| 72. *Correo electrónico: | | |

Persona autorizada 3

| | | |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 65. Nombre(s): | 66. Primer Apellido: | 67. Segundo Apellido: |
| 68. RFC: | 69. CURP | |
| 70. Teléfono fijo (lada y número): | *Ext: | 71. *Teléfono móvil: |
| 72. *Correo electrónico: | | |

III. Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón

73. Especificar su giro:

| | | |
|--|--|---|
| 74. Presta servicios de personal: <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí ➔ | 75. Indique el número de centros de trabajo: ➔ <input type="radio"/> | 76. Solicita registro patronal por clase: <input type="radio"/> |
|--|--|---|

MÉXICO
GOBIERNO DE LA FEDERACIÓN



CAJUTIMEX
del Seguro Patronal



Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactosmos.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

III.1 Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización

De conformidad con la información que se declara y con fundamento en los artículos 72, 73 y 75 de la Ley del Seguro Social y los artículos 1 fracción IV, 3, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 29, 30 y 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, manifiesto que este registro patronal tiene la siguiente clasificación:

| Clasificación | Clave | Descripción |
|----------------------|-------|--------------------------|
| 77. División: | | |
| 78. Grupo: | | |
| 79. Fracción: | | |
| 80. Clase de riesgo: | | 81. Prima media del SRT: |

IV. Datos de la actividad económica que declaró

IV.1 Principales productos elaborados o servicios prestados

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

IV.2 Principales materias primas y materiales utilizados

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

IV.3 Maquinaria y equipos utilizados (excepto equipo de transporte)

| Número de Unidades | Nombre | Uso | No motorizados/Motorizados no automatizados/Automatizados/Otros | Capacidad o Potencia |
|--------------------|--------|-----|---|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

IV.4 Equipo de transporte utilizado

| Número de Unidades | Nombre | Uso | Combustible o energía | Capacidad o Potencia |
|--------------------|--------|-----|-----------------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS DE LA REPÚBLICACOFINER
del Seguro PatronalContacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23.
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

IV.5 Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado

Procesos iniciales (descripción):

Procesos intermedios (descripción):

Procesos finales (descripción):

IV.6 Personal

| No. de trabajadores | Oficio u ocupación | No. de trabajadores | Oficio u ocupación |
|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IV.7 Actividades complementarias a la principal

82. Distribución o entrega de mercancías:

- Con transporte propio
- Con transporte ajeno
- No distribuye ni entrega

83. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

MÉXICO
GOBIERNO DE LA FEDERACIÓN



COFOPR
del IMSS



Contacto
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 923 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

V. Firma del patrón y acuse de recibo

| V.1. Firma del patrón o de su representante legal | Acuse de recibo (Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social) | |
|---|--|--|
| Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos Nombre y firma del patrón o de su representante legal En su caso, firma electrónica conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social | Registro patronal: | |
| | Delegación: | |
| | Subdelegación: | |
| | Matrícula del empleado que recibe el formato: | |
| Conforme a lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, es obligación del patrón comunicar al Instituto, en un plazo no mayor a cinco días hábiles, cualquier circunstancia que modifique los datos proporcionados al Instituto incluyendo aquellos que modifiquen la actividad. | | |
| Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios: <ul style="list-style-type: none"> ● IMSS-02-001-C ● IMSS-02-001-D ● IMSS-02-001-E ● IMSS-02-001-G | | |
| Se emite por duplicado | | |


 MÉXICO
GOBIERNO DE LA NACIÓN


 COFOPR
del Seguro Social

 Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

VI. Instructivo de llenado

Generalidades

Este aviso aplica a los patrones personas morales en el régimen obligatorio, que contraten trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad o trabajadores asalariados y eventuales del campo. Debe ser presentado por el patrón o su representante legal, quien se debe identificar y, en su caso, acreditar su personalidad con los documentos que acompañen a esta solicitud.

El patrón o su representante legal deben firmar de manera autógrafa el formato impreso por el Instituto, una vez concluido el registro, en presencia del empleado del Instituto que atiende el trámite. En el caso de que no sepa o no pueda firmar, debe imprimir su huella digital.

El Instituto podrá verificar que lo manifestado por el patrón en lo relativo a su clasificación se ajuste a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social y su Reglamento.

El registro de los datos contenidos en el formato son obligatorios, excepto los marcados con (*). En caso de que la información que proporcionen los patrones para su registro ante el Instituto se presente incompleta o no coincida con la registrada ante el Servicio de Administración Tributaria o las Dependencias de la Administración Pública Federal competentes, el Instituto notificará al patrón para que éste, en el plazo de cinco días hábiles manifieste lo que a su derecho convenga y, en el caso de que no corrija tales situaciones, el Instituto procederá a dar de baja al patrón, a los trabajadores o a ambos.

La documentación que a continuación se menciona deberá presentarse en copia y original para su cotejo:

Documentación

1. **Registro Federal de Contribuyentes**, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.

2. **Comprobante del domicilio** del centro de trabajo¹.

Documento mediante el cual el Patrón o Sujeto Obligado deberá acreditar el domicilio del centro de trabajo:

a) **Contratos vigentes** que pueden estar a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a dos meses:

- Arrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.
- Subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.
- Fideicomiso debidamente protocolizado.
- Apertura de cuenta bancaria.
- Servicio de luz, teléfono o agua.

b) **Estado de cuenta** a nombre del patrón y tener una antigüedad no mayor a dos meses. Expedido por las instituciones del sistema financiero.

c) **Recibos** a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses o tratándose de pago anual deberá corresponder al ejercicio en curso:

- Del impuesto predial o de los servicios de luz, teléfono o de agua.

d) **Carta de radicación o de residencia** a nombre del patrón y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial, por Gobiernos estatales, municipales o sus similares en el Distrito Federal.

e) **Comprobante de alineación y número oficial** a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial, por gobiernos estatales, municipales o sus similares en el Distrito Federal.

3. **Croquis de localización del domicilio** del centro de trabajo.

Deberá anexar un croquis de ubicación del domicilio del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal, indicando las calles de colindancia y cualquier detalle que permita ubicar fácilmente su domicilio, el cual deberá presentarse utilizando para ello una hoja blanca tamaño carta.

4. **Escritura pública** o acta constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio.

a) Si la escritura o acta constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la Solicitud de Registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).

b) Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español.

5. **Poder notarial** del representante legal para actos de dominio, de administración o especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto.

6. **Identificación oficial** del representante legal, como son:

- a) Credencial para votar vigente expedida por el Instituto Nacional Electoral.
- b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero.
- c) Cartilla del Servicio Militar Nacional.
- d) Cédula profesional.
- e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional).
- f) Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad para extranjeros.
- g) Documento migratorio vigente que corresponda, emitido por autoridad competente (en su caso prórroga o refrendo migratorio).

7. **Registro Federal de Contribuyentes** del representante legal, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.

8. **Clave Única de Registro de Población** del representante legal, documento expedido por Registro Nacional de Población.

9. **Para sindicatos**, además de lo anterior deberá presentar lo siguiente:

- a) Resolución de registro emitida por la autoridad laboral competente, emitido por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social en los casos de competencia federal y en las Juntas de Conciliación y Arbitraje en los de competencia local.

10. **Para patrones del campo**.

- a) Permiso único de siembra expedido por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA).

¹ Para el caso de los patrones a los que se refiere el Artículo 15-A de la Ley del Seguro Social, el comprobante de domicilio deberá ser el de su domicilio fiscal.

Instrucciones de llenado.**Anotar en el lugar especificado para ello:**

1. Fecha de presentación de este aviso, en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).
2. Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento. La fecha en que la persona moral adquirió el carácter de patrón en términos de la Ley Federal del Trabajo, en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).

I. Datos generales del patrón o sujeto obligado

3. Denominación o razón social, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.
4. Nombre comercial, signo o denominación que identifica a la empresa, negocio o comercio.
5. Tipo de sociedad, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.
6. RFC, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) a la persona moral para la que se presenta este aviso.

1.1. Domicilio fiscal

Si el patrón ya tiene uno o varios registros patronales vigentes no es necesario volver a proporcionar el domicilio fiscal, sólo deberá marcar con "X" en el cuadro indicado y pasar a la sección II. Si no tiene un registro patronal vigente, anotar en el lugar especificado para ello los datos del domicilio fiscal registrado ante el SAT.

7. Calle, (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)
8. Número exterior
9. Número interior
10. Entre que calles
11. Calle posterior
12. Colonia, (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)
13. *Localidad
14. Municipio o Delegación
15. Estado o Distrito Federal
16. Código postal
17. Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar 12 dígitos para la República Mexicana.
18. *Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar 12 dígitos para la República Mexicana.
19. *Correo electrónico, designado para recibir comunicaciones del Instituto.

1.2. Escritura constitutiva

20. Número de escritura, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.
21. Número de notaría o correduría, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.
22. Lugar y fecha de expedición, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso. Fecha en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).
23. *Folio mercantil, anotar el asignado por el Registro Público de Comercio, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.

1.3. Registro de sindicato

24. Número de referencia del documento de registro, tal y como aparece en la resolución de registro emitida por autoridad laboral competente.
25. Fecha del documento de registro, tal y como aparece en la resolución de registro emitida por autoridad laboral competente.
26. Autoridad laboral que otorgó el registro, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social en los casos de competencia federal y en las Juntas de Conciliación y Arbitraje en los de competencia local.

1.4. Representante legal

27. Presenta poder, marcar con una "X" si el representante legal presenta poder ya sea de dominio, de administración o especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto.
28. Nombre(s), tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
29. Primer Apellido, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
30. Segundo Apellido, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
31. RFC, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
32. CURP, la Clave Única de Registro de Población, asignado por el Registro Nacional de Población (RENAPO).
33. Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar 12 dígitos para la República Mexicana, en su caso anotar el número de extensión.
34. *Teléfono móvil con clave de larga distancia, registrar 13 dígitos para la República Mexicana.
35. *Correo electrónico, designado para recibir comunicaciones del Instituto.

1.5. Socios (hasta 4)

refiere los datos de los socios de la empresa. Datos completos de los socios de la empresa en términos del capital aportado, anotar en el lugar especificado para ello, si es persona moral o física, los datos a continuación descritos. Si es persona moral, deberá iniciar en el numeral 36 y excluir el numeral 40.

36. Nombre(s) y/o denominación o razón social, tal y como aparece en el documento con el que se identifica
37. Primer Apellido, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
38. Segundo Apellido, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
39. RFC, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
40. CURP, la Clave Única de Registro de Población, asignada por el Registro Nacional de Población (RENAPO).
41. Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar 12 dígitos para la República Mexicana, en su caso anotar el número de extensión.
42. *Teléfono móvil con clave de larga distancia, registrar 13 dígitos para la República Mexicana
43. *Correo electrónico, designado para recibir comunicaciones del Instituto.
44. Calle, (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)
45. Número exterior
46. Número interior
47. Colonia, (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)
48. *Localidad
49. Municipio o Delegación
50. Estado o Distrito Federal
51. Código postal

II. Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal

II.1. Domicilio: Si los datos del centro de trabajo son los mismos que los del domicilio fiscal, marcar con "X" en el cuadro indicado y pasar al numeral II.2. Si es un domicilio diferente, anotar en el lugar especificado para ello los datos del domicilio del centro de trabajo.

52. Calle, (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Comedor, etc.)

53. Número exterior

54. Número interior

55. Entre que calles

56. Calle posterior

57. Colonia, (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)

58. *Localidad

59. Municipio o delegación

60. Estado o Distrito Federal

61. Código postal

62. *Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar el número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.

63. *Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar el número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.

64. *Correo electrónico, designado para recibir comunicaciones del Instituto.

II.2. Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)

El patrón podrá registrar, si así lo desea, hasta tres personas autorizadas para presentar avisos de afiliación. En su caso, registrar por cada persona, los datos en el lugar que corresponda.

65. Nombre(s)

66. Primer Apellido

67. Segundo Apellido

68. RFC

69. CURP

70. Teléfono fijo con clave de larga distancia, en su caso número de extensión

71. *Teléfono móvil con clave de larga distancia, registrar el número telefónico móvil de 13 dígitos para la República Mexicana.

72. *Correo electrónico

III. Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón

73. **Especificar su giro**, anotar el(los) objeto(s) principal(es) para el(los) cual(es) fue constituida la empresa o las actividades que desarrolla para llevar a cabo el propósito del negocio. El giro se define como el conjunto de actividades a las que se dedica una empresa o patrón, estas actividades en forma integral, definen las características del negocio.

Ejemplo: Reparación mecánica y hojalatería de automóviles.

74. **Presta servicios de personal**, marcar con una "X" según corresponda si la empresa realiza la actividad de Prestadora de Servicios de Personal o intermediaria laboral, tratándose de los patrones a que se refiere el Artículo 15 A de la Ley del Seguro Social, en este caso, la información del apartado IV "Datos de la actividad económica que declaró" deberá ser la de la actividad del beneficiario en que sus trabajadores desarrollan los trabajos o servicios.

75. **Indique el número de centros de trabajo**, si en el numeral 74 ha marcado con una "X" en "SI", deberá indicar el número de centros de trabajo en donde prestan servicios sus trabajadores.

76. **Solicita Registro Patronal por Clase**, si el numeral 74 ha sido marcado con una "X" en "SI", y el patrón solicita un registro patronal por clase, entonces, deberá marcar con una "X" en el recuadro, en términos del párrafo segundo del Artículo 75 de la Ley del Seguro Social. Para el caso de los patrones a los que se refiere el Artículo 15 A, de la Ley del Seguro Social, se deberá proporcionar el domicilio del (los) centro(s) de trabajo, en donde sus trabajadores realicen sus labores y en caso de tener más de un centro de trabajo, solicitar el (los) formato(s) necesario(s) en la Subdelegación que corresponda.

III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización

Con base en el Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo previsto en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, indique la clave y la descripción de la división, el grupo y la fracción de la actividad en la cual se clasifica el registro patronal para el cual se presenta este aviso.

77. División

78. Grupo

79. Fracción

80. **Clase de riesgo** Dato que está asociado a la fracción que el patrón determine en su autoclasificación.

81. **Prima media del SRT** Dato proporcionado por el Instituto, asociado a la clase que corresponde a la fracción seleccionada por el patrón de conformidad con lo estipulado en el artículo 73 de la LSS.

(La "clave" se refiere al numeral señalado para los conceptos del Catálogo de Actividades contenido en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización).

IV. Datos de la actividad económica que declaró**IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados**

Anotar los productos más importantes o característicos que elabora su negocio, o los servicios que presta, como máximo 10, **ejemplo:** sector agropecuario, caza y pesca: arroz, maíz, flores, huevo, pescados, etc.; manufacturas: prendas de vestir, lámparas, pilas, llaves mezcladoras, tableros, tensores, refrigeradores, alambre de acero, aceites vegetales; comercio: embuditos, aparatos deportivos, automóviles, cajas de cartón, mobiliario de oficina, etc.; servicios: limpieza, instalación de ventanas, puertas de herrería, restaurante, fumigación, café Internet, servicios legales, etc.

Producto: es cualquier objeto tangible que se fabrica u ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.

Servicio: es el conjunto de atributos físicos, psicológicos y simbólicos que determinan un elemento intangible, que se crea y ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad del cliente.

IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados

Anotar las principales materias primas o materiales indispensables, que utiliza para elaborar los productos o prestar los servicios de su negocio, como máximo 10. Son bienes consumibles utilizados, aquellos que generalmente pierden sus propiedades y características, para transformarse y/o formar parte de otros bienes o productos finales.

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Materias primas: son los materiales extraídos de la naturaleza que sirven para transformar la misma y construir bienes de consumo. Se clasifican, según su origen: vegetal, animal y mineral; **ejemplos:** algodón, madera, agua, el hierro, oro, grava, petróleo, granito, etc.

Materiales utilizados: son aquellos insumos que han sido transformados pero que todavía no constituyen definitivamente un bien de consumo o producto final de una empresa. Se denominan también productos semielaborados o semiacabados; **ejemplos:** tubos, textiles, plásticos, etc.

Ejemplos por sector: agropecuario, caza y pesca; agroquímicos, abonos, semillas, animales de trabajo, productos veterinarios, productos para reforestación; manufacturas: aceites vegetales, adhesivos, aditivos, pinturas, cemento, madera, plásticos, etc.; comercio y servicios: papel para impresión, bolsas de papel o plástico, cajas, productos médicos, artículos de oficina, materiales de limpieza, prendas de vestir, alimentos, etc.

IV.3. Maquinaria y equipo utilizados (excepto equipo de transporte)

Anotar el número de unidades, nombre, uso al que se destina, señalando si es No motorizado, Motorizado no automatizado o Automatizado, la capacidad o potencia, de acuerdo a cada apartado, de las máquinas que emplea para transformar los insumos o materias primas, en los productos o servicios de su empresa o negocio.

No motorizados: son considerados aquellos, que se operan manualmente o artesanalmente para lograr la transformación de insumos o materias primas, en productos o servicios.

Motorizados no automatizados: son aquellos operados por la mano del hombre, que combinan el impulso de motores eléctricos o de combustión para el procesamiento o transformación, de insumos o materias primas en productos o servicios.

Automatizados: son aquellos que realizan procesos continuos de transformación de insumos o materias primas, que básicamente son operados o programados a través de computadoras.

Otros (Especifique)

IV.4. Equipo de transporte utilizado

Anotar el número de unidades, nombre, uso, combustible o energía y capacidad o potencia del equipo de transporte que emplea para el desarrollo de las actividades de su negocio o empresa, ya sea éste utilizado para el acopio, traslado, entrega, distribución o venta de materias primas, materiales, productos, prestación de los servicios que ofrece, o para el transporte de personal.

IV.5. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado

Describa los procesos de trabajo de la actividad del patrón, precisando los procesos iniciales, intermedios y finales. En su caso, describa los procesos que realiza para transformar, fabricar o procesar materias primas o insumos, en los productos de su empresa o negocio, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3. Tratándose de empresas prestadoras de servicios, deberá describir los procesos iniciales, intermedios y finales del o los servicios que presta. en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3.

IV.6. Personal

Anotar el número de trabajadores con que cuenta el patrón por grupos de oficio u ocupación para el desarrollo de su actividad, que describa mejor el trabajo que desarrolla su personal en su negocio o empresa y que contribuye para la fabricación y/o venta de productos o prestación de servicios.

IV.7. Actividades complementarias a la principal

De las opciones que se presentan, señale las actividades complementarias que realiza su empresa o negocio para brindar mejor atención o servicio a sus clientes.

82. Distribución o entrega de mercancías.

Marcar con "X" el campo respectivo, para indicar, si utiliza transporte propio para realizar la entrega de mercancías, si realiza la entrega de mercancías con transporte ajeno, o si no cuenta con servicio de distribución o entrega.

83. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

Marcar con "X" si cuenta con servicios de instalación, reparación o mantenimiento de los productos que elabora o vende.

V. Firma del patrón y acuse de recibo

V.1. Firma del patrón o de su representante legal

Anotar la firma autógrafa del patrón o del representante legal del patrón persona moral, en su caso, firma electrónica, conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social

Acuse de recibo (para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social).

MÉXICO
GOBIERNO FEDERAL



COFINA
de Protección Financiera



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contacto@imss.com.mx>

Página 10 de 10

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo

| Fecha de publicación del formato en el DOF | Homoclave del formato | Folio |
|--|-----------------------|-------|
| DD / MM / AAAA | AM-SRT | |

Este formato consta de 9 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección IX (*) Datos opcionales

| | | | |
|---|----------------|---|----------------|
| 1. Fecha de presentación de este aviso: | DD / MM / AAAA | 2. Fecha a partir de la cual surte efectos la modificación: | DD / MM / AAAA |
|---|----------------|---|----------------|

I. Datos generales del patrón o sujeto obligado

I.1. Persona moral

3. Denominación o Razón Social:

I.2. Persona física

4. Nombre(s): 5. Primer apellido: 6. Segundo apellido: 7. CURP:

I.3. Datos del registro patronal y de la clasificación actual de la empresa

8. Registro Patronal: 9. RFC:

10. División: 11. Grupo: 12. Fracción: 13. Clase: 14. Prima SRT:

I.4. Tipo de modificación que origina este aviso

| | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Reanudación de actividades | Si han pasado 6 meses o más, desde la fecha en que suspendió actividades y la presentación de este aviso, requisiite los datos de la baja y las secciones II, IV y VII. |
| <input type="radio"/> Cambio de domicilio | Requisiite los datos de la baja y las secciones II, III, IV y VII. |
| | Datos de la baja |
| | 15. Delegación: 16. Subdelegación: 17. Fecha de la baja: DD / MM / AAAA |
| <input type="radio"/> Cambio de actividad económica | Requisiite las secciones III, IV y VII. |
| <input type="radio"/> Cambio por disposición de Ley, o del RACERF | |
| <input type="radio"/> Incorporación de actividades | |
| <input type="radio"/> Escisión (empresa escidente) | |
| <input type="radio"/> Sustitución patronal | Requisiite las secciones III, IV, V y VII. |
| <input type="radio"/> Fusión | |
| <input type="radio"/> Compra de activos | Requisiite las secciones III, IV, VI y VII. |
| <input type="radio"/> Comodato | |
| <input type="radio"/> Enajenación | |
| <input type="radio"/> Arrendamiento | |
| <input type="radio"/> Fideicomiso traslativo | |

*De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO FEDERAL



COFIDE
de México



Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.8,
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

II. Cambio de domicilio

II.1 Domicilio del nuevo centro de trabajo

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| 18. Calle: | 19. Número exterior: | 20. Número interior: |
| 21. Entre que calles: | 22. Calle posterior: | |
| 23. Colonia: | 24. *Localidad: | |
| 25. Municipio o Delegación: | 26. Estado o Distrito Federal: | 27. Código postal: |
| 28. *Teléfono fijo (lada y número): | 29. *Teléfono fijo (lada y número): | |
| 30. *Correo electrónico: | | |

III. Clasificación de la actividad en el Seguro de Riesgos de Trabajo que manifiesta el patrón, de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso

| | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. Especificar su giro: | 32. Presta servicios de personal: | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|

III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización

De conformidad con la información que se declara y con fundamento en los artículos 72, 73 y 75 de la Ley del Seguro Social y los artículos 1 fracción I, 3, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30 y 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, manifiesto que este registro patronal tiene la siguiente clasificación.

| Clasificación | Clave | Descripción |
|---------------|-------|----------------|
| 33. División: | | |
| 34. Grupo: | | |
| 35. Fracción: | | |
| 36. Clase: | | 37. Prima SRT: |

IV. Datos de la actividad que declara de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso

IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

MÉXICO
GOBIERNO DE LA ESTADALCOFIDE
de Seguro de Vida

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.F. 06400 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 2 de 9

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

IV.3. Maquinaria y equipo utilizado [excepto equipo de transporte]

| Número de unidades | Nombre | Uso | No motorizados/Motorizados no automatizados/Automatizados/Otros | Capacidad o potencia |
|--------------------|--------|-----|---|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

IV.4. Cuenta con equipo de transporte

Sí Pase al punto IV.5.
 No Pase al punto IV.6 y continúe.

IV.5. Equipo de transporte utilizado

| Número de unidades | Nombre | Uso | Combustible o energía | Capacidad o potencia |
|--------------------|--------|-----|-----------------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

IV.6. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado

Procesos iniciales (descripción)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Procesos Intermedios (descripción)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Procesos finales (descripción)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

MÉXICO
GOBIERNO DE LA FEDERACIÓN



COFOPR
del Poder Ejecutivo



Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

IV.7. Personal

| No. de Trabajadores | Oficio u ocupación | No. de Trabajadores | Oficio u ocupación |
|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IV.8. Actividades complementarias a la principal

38. Distribución o entrega de mercancías:
- Con transporte propio
- Con transporte ajeno
- No distribuye, ni entrega
39. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros.

V. Datos de la empresa sustituida o fusionada

V.1. Persona moral

40. Denominación o Razón Social:

V.2. Persona física

41. Nombre(s): 42. Primer apellido: 43. Segundo apellido: 44. CURP:

V.3. Datos del registro patronal y clasificación de la empresa sustituida o fusionada

45. Registro Patronal: 46. RFC:

47. División: 48. Grupo: 49. Fracción: 50. Clase: 51. Prima SRT:

VI. Datos de los bienes muebles o inmuebles objeto de la compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo

VI.1. Cantidad y descripción de los bienes

| Cantidad | Descripción de los bienes |
|----------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOSCOFIDE
del Registro Agrario

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 633 73 73
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

VI.2. Uso que se le daba o dará a los bienes

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

VI.3. Afectación directa o indirecta al desarrollo de la actividad manifestada

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

VII. Firma del patrón

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos

Nombre y firma del patrón o de su representante legal
En su caso, firma electrónica conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social

VIII. Acuse de recibo
(Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)

Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS

Delegación:

Subdelegación:

Matrícula del empleado que recibe el formato:

Conforme a lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, es obligación del patrón comunicar al Instituto, en un plazo no mayor a cinco días hábiles, cualquier circunstancia que modifique los datos proporcionados al Instituto incluyendo aquellos que modifiquen la actividad.

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Generalidades

Este aviso aplica a los patrones personas físicas o morales en el régimen obligatorio, que en cumplimiento de lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, deben comunicar al Instituto el cambio de actividad en casos de suspensión, reanudación, incorporación de nuevas actividades, sustitución patronal, fusión, escisión, compra de activos, comodato, enajenación, arrendamiento, fideicomiso traslativo o cualquier otra circunstancia que modifique los datos de la inscripción de las empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo proporcionados al Instituto.

La clasificación que manifieste el patrón será de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, establecido en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

El Instituto podrá verificar que lo manifestado por el patrón en lo relativo a su clasificación se ajuste a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social y su Reglamento.

El Aviso debe ser presentado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social por el patrón o por su representante legal, quien se identificará con los documentos que acompañen a esta solicitud y deberá firmar de manera autógrafa el formato impreso, una vez concluido el aviso, en presencia del empleado del Instituto que atienda el trámite. En el caso de que no sepa o no pueda firmar, debe imprimir su huella digital.

El registro de los datos contenidos en el formato es obligatorio, de acuerdo a las instrucciones especificadas en el mismo.

Documentación

La documentación que a continuación se menciona deberá presentarse en copia y original para su cotejo:

1. TIP (Tarjeta de Identificación Patronal) documento expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social al darse de alta un registro patronal.

a) En ausencia de la TIP por caso fortuito, presentar **Comprobante de solicitud de reposición de la TIP ante el Instituto y Cédula del Registro Federal de Contribuyentes**, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.

2. Identificación oficial con fotografía y firma del solicitante (patrón o representante legal) como son:

- a) Credencial para votar vigente (IFE/INE).
- b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero.
- c) Cartilla del Servicio Militar Nacional.
- d) Cédula profesional.
- e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional)
- f) Tarjeta/Cédula/Carnet de Identidad para extranjeros.

Nota: Los datos del representante legal serán verificados contra los datos registrados en el sistema.

3. Para cambio de actividad, incorporación de actividades, sustitución patronal, fusión o escisión, presentar cualquiera de los siguientes:

- a) Testimonio notarial inscrito en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, que acredite las modificaciones presentadas, en su caso, sentencia definitiva que lo determine.
- b) Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria.
- c) Documento que acredite el cambio de actividad emitido por autoridad competente.

4. Para cambio de domicilio presentar cualquiera de los documentos siguientes y un croquis de localización:

- a) Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria.
 - b) Únicamente para cambio de domicilio en diferente municipio presentar aviso de la baja del Registro Patronal anterior, con antigüedad no mayor a seis meses.
 - c) Comprobante del nuevo domicilio[1]
- (El croquis de ubicación del nuevo domicilio del centro de trabajo, deberá indicar las calles de colindancia, lugares de referencia o cualquier detalle que permita ubicar con facilidad su domicilio, el cual deberá presentarse utilizando para ello una hoja blanca tamaño carta.)

5. Para reanudación de actividades presentar lo siguiente:

- a) Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria.
- b) Documento que acredite el cambio de actividad emitido por autoridad competente.

6. Para compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo presentar cualquiera de los siguientes documentos:

- a) Contrato o instrumento jurídico que avale la operación.
- b) Documento que acredite el acto que da origen al aviso de modificación.

[1] Para el caso de los patrones a que se refiere el Artículo 15-A de la Ley del Seguro Social, el comprobante de domicilio deberá ser el de su domicilio fiscal.

MÉXICO
GOBIERNO FEDERALCOTIPIER
del Instituto Mexicano del Seguro Social

Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactamos.com.mx

Página 6 de 9



Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Instrucciones de llenado

Anotar en el lugar especificado para ello:

1. Fecha de presentación de este aviso. El día, mes y año en el que se está presentando el aviso de modificación, utilizando el siguiente formato (dd/mm/aaaa).
2. Fecha a partir de la cual surte efecto la modificación. El día, mes y año en el que se dio el hecho generador del cambio de actividad o modificación presentada, utilizando el formato (dd/mm/aaaa).

I. Datos generales del patrón o sujeto obligado

I.1. Persona moral llena la siguiente sección, cuando sea una persona moral, quien presenta el aviso

3. Denominación o razón social. La denominación o razón social de la persona moral (tal y como aparece en la escritura pública) para la que se presenta este aviso.

I.2. Persona física llena la siguiente sección, cuando sea una persona física, quien presenta el aviso

4. Nombre (s)
5. Primer Apellido
6. Segundo Apellido
7. CURP. La Clave Única de Registro de Población

I.3. Datos del registro patronal y de la clasificación actual de la empresa

8. Registro patronal, el registro patronal asignado por el Instituto.
9. RFC, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
10. División de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con la que está clasificada actualmente la empresa.
11. Grupo que corresponde a la División, de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con el que está clasificada actualmente la empresa.
12. Fracción que corresponde al Grupo, de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con la que está clasificada actualmente la empresa.
13. Clase de riesgo asociada a la Fracción, de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con la que está clasificada actualmente la empresa.
14. Prima SRT. Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo con la que el patrón actualmente está enterando sus cotizaciones ante el Instituto.

I.4. Tipo de modificación que origina este aviso.

Marcar con "X" el recuadro que corresponda al motivo que origina la presentación de este aviso de modificación para el Seguro de Riesgos de Trabajo y requirite los datos de las secciones que correspondan para cada caso:

- Reanudación de actividades. Requirite los datos de la baja y las secciones III, IV y VII.
 - Cambio de domicilio. Requirite los datos de la baja y las secciones II, IV y VII.
- Datos de la baja se requiere la fecha de la baja en la subdelegación de control del registro patronal.
15. Delegación, Delegación del IMSS a la que estaba adscrita la empresa.
 16. Subdelegación, Subdelegación del IMSS a la que estaba adscrita la empresa.
 17. Fecha de la baja, día, mes y año en el cual causó baja el registro patronal, utilizando el formato (dd/mm/aaaa).
 - Cambio de actividad económica. Requirite las secciones III, IV y VII.
 - Cambio por disposición de Ley o del RACERF III, IV y VII.
 - Incorporación de actividades. Requirite las secciones III, IV y VII.
 - Extinción. Para la empresa escidente. Requirite las secciones III, IV y VII.
 - Sustitución patronal. Requirite las secciones III, IV, V y VII.
 - Fusión. Requirite las secciones III, IV, V y VII.
 - Compra de activos. Requirite las secciones III, IV, VI y VII.
 - Comodato. Requirite las secciones III, IV, VI y VII.
 - Enajenación. Requirite las secciones III, IV, VI y VII.
 - Arrendamiento. Requirite las secciones III, IV, VI y VII.
 - Fideicomiso traslativo. Requirite las secciones III, IV, VI y VII.

II. Cambio de domicilio

II.1. Domicilio del nuevo centro de trabajo. Anotar los siguientes datos que correspondan a la ubicación del nuevo domicilio del centro de trabajo.

18. Calle. (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Comedor, etc.)
19. Número exterior
20. Número interior
21. Entre que calles
22. Calle posterior
23. Colonia. (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)
24. Localidad. (*Campo opcional)
25. Municipio o Delegación
26. Estado o Distrito Federal
27. Código postal
28. Teléfono fijo con clave de larga distancia (*Campo opcional), registrar el número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
29. Teléfono fijo con clave de larga distancia (*Campo opcional), registrar un segundo número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
30. Correo electrónico (*Campo opcional), designado para recibir comunicaciones del Instituto.

III. Clasificación de la actividad en el Seguro de Riesgos de Trabajo que manifiesta el patrón, de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso.

31. Especificar su giro, anotar el(los) objeto(s) principal(es) para el(los) cual(es) fue constituida la empresa o las actividades que desarrolla para llevar a cabo el propósito del negocio. El giro se define como el conjunto de actividades a las que se dedica una empresa o patrón, estas actividades en forma integral, definen las características del negocio.
Ejemplo: Reparación mecánica y hojalatería de automóviles.



 Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

32. Presta servicios de personal, marcar con una X según corresponda si la empresa realiza la actividad de Prestadora de Servicios de Personal o intermediaria laboral, tratándose de los patrones a que se refiere el tercer párrafo del artículo 15-A de la Ley del Seguro Social, en este caso, la información del apartado IV "Datos de la actividad que declara" deberá ser la de la actividad del beneficiario en que sus trabajadores desarrollan los trabajos o servicios.

III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
Con base en el Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo previsto en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, indique la clave de la división económica, el grupo, la fracción y la descripción de la fracción, la clase de riesgo y la prima del Seguro de Riesgo de Trabajo de la actividad en la cual se deberá clasificar el registro patronal, derivado de la presentación de este aviso de modificación.

33. División.

34. Grupo.

35. Fracción.

36. Clase. Clase que corresponda a la fracción que el patrón determine en su autoclasificación

37. Prima SRT. Prima que corresponda, considerando los siguientes supuestos:

- Para cambio de domicilio, que no conlleve modificación de clase, anotar la misma prima con la que venía cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en caso contrario deberá anotar la prima media de la clase que le corresponda.
- Para sustitución patronal que no implique cambio de actividad, anotar la misma prima con que la empresa sustituida venía cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en caso de cambio de actividad deberá anotar la prima media de la clase que le corresponda.
- Para fusión deberá anotar la prima resultante, definida en la forma indicada en el artículo 28, fracción IV, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- Cuando la empresa escidente no se extinga, y la escisión no implique cambio de actividad para ésta, deberá anotar la misma prima con que venía cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en caso de cambio de actividad deberá anotar la prima media de la clase que le corresponda.

(La "clave" se refiere al numeral señalado para los conceptos del Catálogo de Actividades contenido en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización).

Para cambio por disposición de Ley o del RACERF, deberá clasificarse conforme a lo señalado en el segundo párrafo del artículo 18 del Reglamento señalado.

IV. Datos de la actividad que declara de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso.

IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados.

Anotar los productos más importantes o característicos que elabora su negocio, o los servicios que presta, como máximo 10, ejemplos por sector:

Agropecuario, caza y pesca; arroz, maíz, flores, huevo, pescados, etc.; manufacturas: prendas de vestir, lámparas, pilas, llaves mezcladoras, tableros, tensores, refrigeradores, alambre de acero, aceites vegetales; comercio: embutidos, aparatos deportivos, automóviles, cajas de cartón, mobiliario de oficina, etc.; servicios: limpieza, instalación de ventanas, puertas de herrería, restaurante, fumigación, café Internet, servicios legales, etc.
Producto: es cualquier objeto tangible que se fabrica u ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.

Servicio: es el conjunto de atributos físicos, psicológicos y simbólicos que determinan un elemento intangible, que se crea y ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.

IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados.

Anotar las principales materias primas o materiales indispensables, que utiliza para elaborar los productos o prestar los servicios de su negocio, como máximo 10. Se consideran bienes consumibles empleados que generalmente pierden sus propiedades y características, para transformarse y formar parte de otros bienes o productos finales.

Materias primas: son los materiales extraídos de la naturaleza que sirven para transformar la misma y construir bienes de consumo. Se clasifican, según su origen: vegetal, animal, y mineral; ejemplos: algodón, madera, agua, hierro, oro, grava, petróleo, granito, etc.

Materiales utilizados: son aquellos insumos que han sido transformados pero que todavía no constituyen definitivamente un bien de consumo o producto final de una empresa. Se denominan también productos semielaborados o semiacabados; ejemplos: tubos, textiles, plásticos, etc.
Ejemplos por sector: agropecuario, caza y pesca: agroquímicos, abonos, semillas, animales de trabajo, productos veterinarios, productos para reforestación, manufacturas: aceites vegetales, adhesivos, aditivos, pinturas, cemento, madera, plásticos, etc.; comercio y servicios: papel para impresión, bolsas de papel o plástico, cajas, productos médicos, artículos de oficina, materiales de limpieza, prendas de vestir, alimentos, etc.

IV.3. Maquinaria y equipo utilizado (excepto equipo de transporte).

Anotar el número de unidades, nombre, uso al que se destina, señalando si es No motorizado, Motorizado no automatizado o Automatizado, la capacidad o potencia, de acuerdo a cada apartado, de las máquinas que emplea para transformar los insumos o materias primas, en los productos o servicios de su empresa o negocio.

No motorizados: son considerados aquellos, que se operan manualmente o artesanalmente para lograr la transformación de insumos o materias primas, en productos o servicios.

Motorizados no automatizados: son aquellos operados por la mano del hombre, que combinan el impulso de motores eléctricos o de combustión para el procesamiento o transformación, de insumos o materias primas en productos o servicios.

Automatizados: son aquellos que realizan procesos continuos de transformación de insumos o materias primas, que básicamente son operados o programados a través de computadoras.

Otros (Especifique).

IV.4. Cuenta con equipo de transporte.

Marcar con "X" en el cuadro indicado que corresponda a las características de la empresa, si elige "SI", pase al punto IV.5 y liste cuál es su principal equipo de transporte; si elige "No", pase al punto IV.6.

IV.5. Equipo de transporte utilizado.

Anotar el número de unidades, nombre, uso, combustible o energía y capacidad o potencia del equipo de transporte que emplea para el desarrollo de las actividades de su negocio o empresa, ya sea éste utilizado para el acopio, traslado, entrega, distribución o venta de materias primas, materiales, productos, prestación de los servicios que ofrece, o para el transporte de personal.

IV.6. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado.

Describe los procesos de trabajo de la actividad del patrón, precisando los procesos iniciales, intermedios y finales. En su caso, describa los procesos que realiza para transformar, fabricar o procesar materias primas o insumos, en los productos de su empresa o negocio, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3, tratándose de empresas prestadoras de servicios, deberá describir los procesos iniciales, intermedios y finales del o los servicios que presta, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3.

IV.7. Personal.

Anotar el número de trabajadores con que cuenta el patrón por grupos de oficio u ocupación para el desarrollo de su actividad, que describa mejor el trabajo que desarrolla su personal en su negocio o empresa y que contribuye para la fabricación o venta de productos o prestación de servicios.

IV.8. Actividades complementarias a la principal.

De las opciones que se presentan, señale las actividades complementarias que realiza su empresa o negocio para brindar mejor atención o servicio a sus clientes.

38. Distribución o entrega de mercancías

Marcar con "X" el campo respectivo, para indicar, si utiliza transporte propio para realizar la entrega de mercancías, si realiza la entrega de mercancías con transporte ajeno, o si no cuenta con servicio de distribución o entrega.

39. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

Marcar con "X", si cuenta con servicios de instalación, reparación o mantenimiento de los productos que elabora o vende.

V. Datos de la empresa sustituida o fusionada.

Escriba los datos correspondientes al registro patronal de la empresa a la que sustituye o la que quedó fusionada al registro patronal para el que se presenta este aviso.

V.1. Persona moral.

40. Denominación o razón social, la denominación o razón social de la empresa o negocio, tal y como aparece en la escritura pública.

V.2. Persona física:

- 41. Nombre(s)
- 42. Primer apellido
- 43. Segundo apellido
- 44. CURP. La Clave Única de Registro de Población

V.3. Datos del registro patronal y clasificación de la empresa sustituida o fusionada. Escriba el registro patronal, el RFC y la clasificación actual de la empresa sustituida o fusionada.

- 45. Registro patronal, el registro patronal de la empresa sustituida o fusionada.
- 46. RFC, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
- 47. División.
- 48. Grupo.
- 49. Fracción.
- 50. Clase que corresponda a la fracción que el patrón determine en su autoclasificación.
- 51. Prima SRT. Escriba la prima con la que está cotizando actualmente ante el Instituto la empresa sustituida o fusionada.

VI. Datos de los bienes muebles o inmuebles objeto de la compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo.

Nota: Cuando la empresa modifica su situación patronal por:

- Compra de activos
- Recepción o entrega de bienes en comodato
- Enajenación o venta de bienes
- Arrendamiento de bienes
- Fideicomiso traslativo

Tendrá la obligación de presentar este aviso, siempre que ello implique un cambio de actividad.

Ejemplo:

Si usted es un patrón clasificado en la actividad o fracción 665 de "Compraventa de materiales para construcción tales como: madera, aceros y productos de ferretería, con transporte y/o preparación de mercancías", de clase N, y vende todo su equipo de transporte, su actividad se vería afectada ya que usted cambiaría su clasificación a la actividad o fracción 664 "Compraventa de materiales para construcción, tales como: madera, aceros y productos de ferretería, sin transporte, ni preparación de mercancías" de clase II, por lo que estaría obligado a presentar este aviso.

VI.1. Cantidad y descripción de los bienes.

Describa el tipo de bien o bienes que originan la modificación que presenta ante el Instituto e indique la cantidad de los mismos.

VI.2. Uso que se le daba o dará a los bienes.

Indique brevemente para qué fue o será utilizado el bien o bienes que originan la modificación presentada ante el Instituto.

VI.3. Afectación directa o indirecta al desarrollo de la actividad manifestada.

Describa brevemente, cómo el bien o los bienes objeto de la compra, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo, específica dos en el punto VI.1., afectan directa o indirectamente, en el desarrollo de las actividades de la empresa o negocio.

VII. Firma del patrón o de su representante legal.

Firma autógrafa del patrón o del representante legal del patrón persona moral, en su caso, firma electrónica, conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

VIII. Acuse de recibo.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-028-A
- IMSS-02-028-B
- IMSS-02-028-C
- IMSS-02-028-D
- IMSS-02-028-E
- IMSS-02-028-F
- IMSS-02-028-G
- IMSS-02-001-A
- IMSS-02-001-B
- IMSS-02-001-C
- IMSS-02-001-D
- IMSS-02-001-E
- IMSS-02-001-F
- IMSS-02-001-G
- IMSS-02-002-B
- IMSS-02-002-C
- IMSS-02-002-D
- IMSS-02-002-E

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Constancia de Vigencia de Derechos

| Homoclave del trámite | Homoclave del formato | Fecha de publicación del formato en el DOF |
|-----------------------|-----------------------|--|
| IMSS-02-020 | FF-IMSS-012 | DD / MM / AAAA |

Datos Generales

NSS:

CURP:

Nombre(s), primer apellido y segundo apellido:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Datos de Aseguramiento

Con derecho al servicio médico:

Vigente:

Delegación:

UMF:

Turno:

Consultorio:

Agregado Médico :

Datos del último patrón

| Registro Patronal | Nombre o razón social |
|-------------------|-----------------------|
| | |

Beneficiarios

La información contenida en esta constancia es confidencial y por tanto los datos personales proporcionados por los asegurados, pensionados y sus beneficiarios registrados, están protegidos en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y de los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

Los datos del Registro Patronal y Razón Social, corresponden al último movimiento registrado en la cuenta individual del asegurado o pensionado.

Cadena Original:

Sello Digital:

Secuencia Notarial:

Número de Serie:

De conformidad con los artículos 4 y 49-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO FEDERALCOFOPRIMER
del Seguro Popular

Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Cd. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Presentación de la Corrección Patronal (CORP-02)

Homoclave del Trámite

IMSS-02-073

Fecha de publicación del formato en el DOF

DD / MM / AAAA

(*) Datos Opcionales

| | | |
|---|-------------------------------|---------------|
| 1. Subdelegación: _____ | | |
| 2. Nombre, denominación o razón social: _____ | 3. Folio de corrección: _____ | |
| 4. Registro patronal: _____ | 5. CURP: _____ | 6. RFC: _____ |

Domicilio fiscal

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 7. Calle: _____ | 8. Número exterior: _____ | 9. Número interior: _____ | 10. Colonia: _____ |
| 11. Municipio o Delegación: _____ | 12. *Localidad: _____ | 13. Estado o Distrito Federal: _____ | 14. Código postal: _____ |
| 15. Teléfono fijo (lada, número y extensión): _____ | | 16. Correo electrónico: _____ | |

*De conformidad con los artículos 4 y 69-A4, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)



Contacto
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Documentación que presenta

- ⊙ a. Comprobante de pago o del trámite del pago diferido o en parcialidades de las diferencias autodeterminadas.
- ⊙ b. Comprobante de la presentación de los avisos afiliatorios, derivados de la corrección.
- ⊙ c. Documentación que sustenta la corrección.

Para uso
exclusivo del
IMSS

Observaciones

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información y documentación presentada en esta corrección es cierta, determinándose con estricto apego a la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, la que se presenta ante el IMSS, en los términos del artículo 180 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

Para uso exclusivo del IMSS

17. Nombre y firma del patrón o representante legal

18. Lugar

DD / MM / AAAA
19. Fecha

Antes de llenar ver instructivo

Se presenta por duplicado

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOSCOFIDE
del IMSS

Contacto

Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 2 de 2

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instructivo para el llenado de la Presentación de la Corrección Patronal (CORP-02)

- A. La solicitud deberá requisitarse en computadora, en máquina de escribir o con bolígrafo, en original y copia, sin utilizar abreviaturas y sin omitir alguno de los datos solicitados, con firma autógrafa del patrón, sujeto obligado o representante legal.
- B. La solicitud deberá presentarse en el Departamento de Auditoría a Patrones de la Subdelegación que corresponda a su registro patronal. En caso de que la corrección comprenda la totalidad de los registros patronales, el trámite respectivo se podrá presentar en la Subdelegación que corresponda a su domicilio fiscal.
- C. Los cuadros sombreados son para uso exclusivo del IMSS.
- D. Para el llenado de los campos se deberá anotar la información indicada en los números del 1 al 19 que a continuación se detallan.

| No | Datos | Anotar |
|----|-------------------------------------|---|
| 1 | Subdelegación | Nombre de la Subdelegación en la que se presenta el trámite: - La que corresponda al registro patronal a corregir, o - La que corresponda al registro patronal del domicilio fiscal, en caso de que la corrección comprenda la totalidad de los registros patronales. |
| 2 | Nombre, denominación o razón social | - Nombre completo: Nombre(s), primer apellido y segundo apellido, tratándose de persona física. - Denominación o razón social, tratándose de persona moral. |
| 3 | Folio de corrección | - Folio asignado en el oficio de invitación a la corrección patronal emitido por el Instituto. - Si se trata de corrección espontánea, hacer caso omiso de este dato. |
| 4 | Registro patronal | - El registro patronal a corregir. - En caso de corregir todos sus registros patronales anotar el registro patronal del domicilio fiscal. |
| 5 | CURP | Clave Única del Registro de Población del patrón o sujeto obligado, cuando éste sea persona física. |
| 6 | RFC | Registro Federal de Contribuyentes del patrón o sujeto obligado. |

Domicilio fiscal

| | | |
|----|--|---|
| 7 | Calle | Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc. |
| 8 | Número exterior | Número que identifica a un inmueble en la vialidad. |
| 9 | Número interior | Número interno (de ser el caso) que identifica el lugar exacto dentro de un inmueble del domicilio fiscal. |
| 10 | Colonia | Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc. |
| 11 | Municipio o Delegación | Nombre del Municipio o Delegación. |
| 12 | *Localidad | Nombre de la localidad (ciudad). |
| 13 | Estado o Distrito Federal | Nombre del Estado o Distrito Federal. |
| 14 | Código postal | Conjunto de números que se relacionan a la dirección del patrón o sujeto obligado, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |
| 15 | Teléfono fijo (lada, número y extensión) | Teléfono fijo con clave de larga distancia, registrar 12 dígitos para la República Mexicana. |
| 16 | Correo electrónico | Dirección de correo electrónico. |

Observaciones

Comentarios que el patrón, sujeto obligado o representante legal, considere realizar respecto a la corrección presentada.

| | | |
|----|---|---|
| 17 | Nombre y firma del patrón o representante legal | Nombre(s), primer apellido, segundo apellido del patrón o representante legal, sin abreviaturas y la firma autógrafa del patrón o representante legal |
| 18 | Lugar | Estado, ciudad o municipio de la Subdelegación en donde se presenta la solicitud. |
| 19 | Fecha | Fecha de elaboración. |

MÉXICO
GOBIERNO FEDERAL



COTI-MER
COMITÉ INTERMUNICIPAL DE PATRONES



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06400 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Documentación que presenta

E. Se deberá acompañar copia de la documentación que sustente la información contenida en la corrección, como puede ser:

- a. Comprobante de la presentación de los avisos afiliatorios motivo de la corrección.
- b. Comprobante de pago o en su caso del trámite de pago diferido o en parcialidades de las diferencias determinadas.
- c. Balanza de Comprobación con saldos por ejercicio y por el periodo parcial.
- d. Concentrado de nómina con saldos por ejercicio y por el periodo parcial.
- e. Recibos o comprobantes de pago de nómina.
- f. Comprobante de pagos oportunos de cuotas obrero patronales.
- g. Declaración Anual de Impuesto Sobre la Renta por ejercicio.
- h. Recibos de honorarios tanto de personas físicas como de asimilados a salarios.
- i. Contrato colectivo o individual de trabajo.

Tratándose de patrones o sujetos obligados de la industria de la construcción:

- j. Licencia de construcción o documento de autorización.
- k. Contrato de obra pública, en su caso.
- l. Copia de acuse del aviso de registro de obra en SATIC (formato SATIC-01 o SATIC-02).
- m. Contrato de obra y subcontratos.
- n. Planos arquitectónicos, en su caso.
- o. Presupuesto.
- p. Análisis de precios unitarios.
- q. Explosión de insumos.
- r. Estimaciones.
- s. Análisis de factor de salario real.
- t. Análisis de costo horario de maquinaria, en su caso.

Homoclave del formato

CORP - 02

MÉXICO
GOBIERNO DE LA FEDERACIÓNCOFIDE
COMITÉ FEDERAL DE DEFENSA

Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, PB.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

**ACUERDO ACDO.SA3.HCT.281015/245.PDIR DIC-
TADO POR EL H. CONSEJO TECNICO EN LA SE-
SION ORDINARIA CELEBRADA EL 28 DE OCTU-
BRE DEL PRESENTE AÑO, RELATIVO AL AVISO
MEDIANTE EL CUAL SE INFORMA QUE A PARTIR
DEL 1 DE OCTUBRE DE 2015, SE REGISTRAN PARA
TODO EL PAIS LOS COSTOS ESTABLECIDOS
PARA EL AREA GEOGRAFICA "A", PUBLICADO EL
15 DE MAYO DE 2015**

Publicado en el D.O.F. del 2 de diciembre de 2015

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 28 de octubre del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA3.HCT.281015/245.PDIR, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 263 y 264, fracción XVII, de la Ley del Seguro Social; 31, fracciones II, IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; 18, cuarto párrafo, del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado; conforme a lo establecido en el Acuerdo 58/92, dictado por este Organismo de Gobierno en sesión del 26 de febrero de 1992; y en términos del oficio 72 del 16 de octubre de 2015, signado por el Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el 14 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.** En virtud de la Resolución del H. Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos que revisa los salarios mínimos generales y profesionales vigentes desde el 1o. de abril de 2015 y establece los que habrán de regir a partir del 1o. de octubre de 2015, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2015, mediante la cual se crea el Área Geográfica Única y se homologa el salario mínimo general en 70.10 pesos en todo el país; a partir del 1o. de octubre de 2015 registrarán para todo el país los costos y factores por cada tipo de obra establecidos en el Área Geográfica A, indicada en el Aviso mediante el cual se dan a conocer los costos de mano de obra por metro cuadrado para la obra privada, así como los factores (porcentajes) de mano de obra de los contratos regidos por la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, para el año 2015, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2015. **Segundo.** Instruir a la Dirección de Incorporación y Recaudación para que, por conducto de la Unidad de Fiscalización y Cobranza, resuelva las dudas o aclaraciones que con motivo de la aplicación de este Acuerdo, presenten las Unidades Administrativas del Instituto. **Tercero.** Instruir a la Dirección Jurídica para que realice los trámites necesarios ante las instancias competentes, a efecto de que este Acuerdo se publique en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente

México, D.F., a 28 de octubre de 2015. El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García**. Rúbrica.

(R. 423466)

ACUERDO ACDO.SA2.HCT.250117/23.PDPES, RELATIVO A LA AUTORIZACION DE LA MODIFICACION DEL ACUERDO ACDO.SA2.HCT.280916/272.PDPES, RELACIONADO CON EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL NUEVO MECANISMO DE COMPROBACION DE SUPERVIVENCIA PARA LOS PENSIONADOS Y ASIGNATARIOS QUE SE ENCUENTRAN FUERA DEL PAIS, DERIVADO DE LA FECHA DE FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACION CON LA SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES

Publicado en el D.O.F. del 3 de marzo de 2017

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 25 de enero del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250117/23.PDPES, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5, 57 y 58, fracción I, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracción XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y de conformidad con el planteamiento presentado por el Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficio 3 del 13 de enero de 2017, **Acuerda:** Unico. Autorizar la modificación del Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280916/272.PDPES, dictado por este Organismo de Gobierno en sesión del 28 de septiembre de 2016, para quedar en los siguientes términos: <**Primero.** Autorizar como mecanismo de comprobación de supervivencia para los pensionados y asignatarios que se encuentran fuera del país, el registro electrónico de su supervivencia ante las Oficinas Consulares de México en el extranjero, el cual es adicional a los previstos en la Regla 12, del Acuerdo ACDO.SA2.HCT.270814/185.PDPES y sus anexos, dictado por este Organismo de Gobierno en sesión del 27 de agosto de 2014, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de octubre de ese mismo año. **Segundo.** Autorizar la celebración de un Convenio de Colaboración con la Secretaría de Relaciones Exteriores, en el cual se formalice que las oficinas consulares mexicanas en su función de fedatarios públicos, soliciten el registro electrónico de supervivencia, a través de la solución tecnológica que se implemente por la Secretaría de Relaciones Exteriores y este Instituto, de los derechohabientes que se enuncian: **I.** Pensionados(as) y beneficiarios(as) por Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, así como pensionados(as) por Viudez, Orfandad y Ascendencia, al amparo de la Ley del Seguro Social de 1973 (vigente hasta el 30 de junio de 1997); **II.** Pensionados(as) y beneficiarios(as) por Incapacidad Permanente Total, Incapacidad Permanente Parcial e Invalidez con carácter definitivo que se otorguen al amparo de la Ley del Seguro Social de 1973 (vigente hasta el 30 de junio de 1997); **III.** Pensionados(as) y

beneficiarios(as) por Incapacidad Permanente Total, Incapacidad Permanente Parcial e Invalidez con carácter provisional o temporal, que se otorguen al amparo de la Ley del Seguro Social vigente a partir del 1o. de julio de 1997; y **IV.** Pensionados(as) y beneficiarios(as) con pensión garantizada por Cesantía en Edad Avanzada y por Vejez que se otorguen al amparo de la Ley del Seguro Social vigente a partir del 1o. de julio de 1997. **Tercero.** Instruir a la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico para proporcionar las facilidades técnicas necesarias a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, para la implementación del mecanismo adicional de comprobación de supervivencia que se aprueba. **Cuarto.** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, para que de manera directa o por conducto de la Coordinación de Prestaciones Económicas, dicte las instrucciones y criterios que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo éstas presenten. **Quinto.** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales para que reporte a este Organismo de Gobierno, sobre los resultados y avances del programa que se autoriza, dentro del reporte del Programa de Mejora para la Comprobación de Supervivencia, aprobado por este Consejo Técnico mediante Acuerdo ACDO.AS1.HCT.220715/148.PDPES, dictado en sesión del 22 de julio de 2015. **Sexto.** Instruir a las Direcciones de Administración y Jurídica, para que realicen las gestiones necesarias en el ámbito de su competencia para la publicación de este Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación. **Séptimo.** El presente Acuerdo entrará en vigor el día hábil siguiente a su publicación>”.

Atentamente

Ciudad de México, a 26 de enero de 2017. El Secretario General,
Juan Carlos Velasco Pérez. Rúbrica.

(R. 445776)

ACUERDO ACDO.SA2.HCT.280617/149.P.DIR Y SU ANEXO UNICO, RELATIVO A LA APROBACION DE LA ACTUALIZACION DE LOS FORMATOS PARA EL DICTAMEN DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Publicado en el D.O.F. del 13 de julio de 2017

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 28 de junio del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280617/149.P.DIR, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 5, 9, segundo párrafo, 15, 16, 251, fracciones IV, VIII, XXI, XXIX y XXXVII, 263, 264, fracciones III, XIV y XVII, 270, 271, 286-L, 286-M y 286-N, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 2, fracción II, 17-D, 17-E, 17-I, 19, 19-A y 42, fracción IV, del Código Fiscal de la Federación; 31, fracciones II y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; 1, fracciones I, III y V, 2, 3, 5, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168 y 169, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización; y de conformidad con el planteamiento presentado por la Dirección General, a través del Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, mediante oficios 21 y 22 de fechas 19 y 21 de junio de 2017, respectivamente, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 14 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.** Aprobar la actualización de los formatos para la formulación del dictamen por contador público autorizado, a través del Sistema de Dictamen Electrónico del IMSS (SIDEIMSS), así como las reglas para la formulación y presentación del dictamen contenidas en el Anexo Único del presente Acuerdo. **Segundo.** A partir del 1o. de enero de 2018, se dejan sin efectos los siguientes Acuerdos emitidos por este Consejo Técnico: I) Acuerdo ACDO.AS2.HCT.290709/147.P.DIR, emitido en sesión del 29 de julio de 2009, mediante el cual se aprueba dejar sin efectos el Acuerdo 464/2003, de fecha 10 de diciembre de 2003 y los formatos a que se refiere el mismo; así como aprobar los formatos relativos al dictamen de contador público autorizado para efectos del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de agosto de 2009; II) Acuerdo ACDO.SA2.HCT.240413/83.P.DIR, dictado en sesión del 24 de abril de 2013, relativo a la aprobación de los formatos para la formulación del dictamen por contador público autorizado, así como sus anexos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de mayo de 2013; y III) Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250913/292.P.DIR, emitido en sesión del 25 de septiembre de 2013, mediante el cual se aprueban los formatos de las cédulas para la formulación del dictamen por contador público autorizado de los patrones de la industria de la construcción, publicado en

el Diario Oficial de la Federación el 4 de noviembre de 2013. **Tercero.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, para que directamente o a través de las personas titulares de sus unidades administrativas, resuelva las dudas o aclaraciones que se presenten con motivo de la aplicación de este Acuerdo. **Cuarto.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, para que realice las acciones necesarias, a fin de implementar el Sistema de Dictamen Electrónico del IMSS (SIDEIMSS). **Quinto.** Instruir a la persona Titular de la Dirección Jurídica, a efecto de que realice el trámite para la publicación del presente Acuerdo y su Anexo Único en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.** Los patrones y sujetos obligados podrán optar por utilizar el SIDEIMSS a partir del 15 de julio de 2017, para la presentación del dictamen por contador público autorizado correspondiente al ejercicio fiscal 2016. A partir del 1o de enero de 2018, deberán utilizar el Sistema de Dictamen Electrónico del IMSS (SIDEIMSS)".

Atentamente

Ciudad de México, a 28 de junio de 2017. El Secretario General,
Juan Carlos Velasco Pérez. Rúbrica.



EDITORIAL ISEF

ANEXO UNICO

Primera. Objeto. El presente Anexo tiene por objeto establecer las reglas, los requisitos y formalidades que deben cumplir los patrones, sujetos obligados y contadores públicos para efectos de la formulación y presentación del dictamen de conformidad con lo establecido en la Ley del Seguro Social, el Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización (RACERF), el Código Fiscal de la Federación de aplicación supletoria y demás disposiciones aplicables.

Segunda. Definiciones. Para efectos del presente Acuerdo, serán aplicables las definiciones establecidas en el artículo 5-A, de la Ley del Seguro Social, y en el artículo 2 del RACERF, así como las siguientes:

I. Constancia de Acreditación: Documento emitido por un colegio o asociación de profesionales de la contaduría pública al que pertenezca el Contador Público Autorizado, o por una institución educativa pública o privada, reconocida por autoridad competente y por el Instituto, en el que consta la acreditación de una evaluación en materia de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, que avalan los conocimientos suficientes del Contador Público o Contador Público Autorizado para emitir dictámenes en materia de seguridad social;

II. Constancia de Membresía: Documento expedido por un Colegio o Asociación de profesionales en materia de contaduría pública reconocido por autoridad competente, en la que se acredite al Contador Público o Contador Público Autorizado como integrante o miembro del mismo Colegio o Asociación;

III. Contador Público: Persona física con título de contador público o grado académico equivalente en el área de la contaduría pública, expedido por autoridad competente;

IV. Colegio o Asociación: Institución legalmente constituida que agrupa a profesionistas de la contaduría pública;

V. Contador Público Autorizado: Contador público a quien el Instituto autorizó a dictaminar el cumplimiento de las obligaciones patronales ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, en términos de lo dispuesto por el artículo 153 del RACERF;

VI. FIEL: Firma Electrónica Avanzada emitida por el Servicio de Administración Tributaria;

VII. IMSS o Instituto: Instituto Mexicano del Seguro Social;

VIII. INFONAVIT: Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda de los Trabajadores.

IX. Información patronal: Información proporcionada por el Patrón o Sujeto Obligado al Contador Público Autorizado para efectos de la formulación y presentación del Dictamen, la cual forma parte integrante del mismo y es responsabilidad del Patrón o Sujeto Obligado;

X. Número de Seguridad Social: Número que el Instituto asigna a cada trabajador cuando es registrado ante el IMSS;

XI. Opinión de cumplimiento de obligaciones ante el IMSS: Documento que expide el Instituto en el que se informa del cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social de los patrones y sujetos obligados, a que se refiere el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación;

XII. Registro: Registro de contadores públicos para dictaminar a que se refiere el artículo 251, fracción XXIX de la Ley;

XIII. Registro IMSS: Número de registro asignado por el Instituto a los contadores públicos que cumplen con los requisitos establecidos en el Reglamento y las presentes Reglas;

XIV. Registro patronal: Clave alfanumérica que asigna el Instituto a un patrón cuando realiza el registro de sus centros de trabajo;

XV. RFC: Registro Federal de Contribuyentes;

XVI. SAT: Servicio de Administración Tributaria, y

XVII. SIDEIMSS o Sistema: Sistema de Dictamen Electrónico del Instituto Mexicano del Seguro Social, establecido para la formulación y presentación del Dictamen y para los trámites relativos a la autorización de contadores públicos, disponible en la página electrónica del Instituto www.imss.gob.mx.

TERCERA. Generales. Se establece el SIDEIMSS, como medio electrónico para la formulación y presentación del Dictamen a que se refiere el artículo 16 de la Ley, el cual se encontrará disponible en el portal electrónico "IMSS DIGITAL" ubicado en la dirección electrónica www.imss.gob.mx/SIDEIMSS.

El "Módulo de Contadores", contiene los formatos electrónicos necesarios para que los contadores públicos realicen los siguientes trámites:

I. Solicitud de registro (Autorización de inscripción al Registro de Contadores Públicos para dictaminar);

II. Aviso de activación de registro en el Sistema de Dictamen Electrónico;

III. Solicitud de reactivación en el Registro de Contadores Públicos para dictaminar;

IV. Presentación de las constancias de acreditación y membresía;

V. Aviso de modificación de datos en el Registro de Contadores Públicos para dictaminar, y

VI. Solicitud de baja del Registro de Contadores Públicos para dictaminar.

El "Módulo de Dictamen Electrónico" se integra de los siguientes apartados:

I. Datos del patrón a dictaminar;

II. Módulo de información patronal;

III. Módulo de atestiguamientos;

IV. Módulo de pagos y movimientos afiliatorios;

V. Módulo de opinión;

VI. Módulo de presentación del dictamen, y

VII. Módulo de consulta de dictamen.

CUARTA. Aquellos patrones que durante el año 2017 presenten solicitudes de sustitución de Contador Público Autorizado y de prórroga para la presentación del dictamen, lo harán mediante escrito libre ante la Subdelegación que corresponda al domicilio fiscal; una vez autorizada la sustitución o prórroga, podrán presentar su dictamen, a través del SIDEIMSS.

QUINTA. Los dictámenes por obra de construcción y los autorizados conforme al artículo 159 del RACERF, deberán formularse a través de los formatos electrónicos establecidos en la liga www.imss.gob.mx/SIDEIMSS y presentarse ante la Subdelegación que corresponda al domicilio fiscal.

Ciudad de México, a 28 de junio de 2017. El Director de Incorporación y Recaudación, **Tuffic Miguel Ortega**. Rúbrica.

(R. 452551)



ACUERDO ACDO.SA2.HCT.280617/148.PDIR Y SU ANEXO UNICO, RELATIVO A LA APROBACION DE LAS REGLAS APLICABLES A LOS PATRONES Y DEMSS SUJETOS OBLIGADOS QUE SE DEDIQUEN DE FORMA PERMANENTE O ESPORADICA A LA ACTIVIDAD DE LA CONSTRUCCION, PARA REGISTRAR LAS OBRAS DE CONSTRUCCION, SUS FASES E INCIDENCIAS

Publicado en el D.O.F. del 13 de julio de 2017

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 28 de junio del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280617/148.PDIR, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 9, segundo párrafo, 15, fracciones I y VIII, 15-A, 26, 251, fracciones IV, VIII y XXXVII, 263, 264, fracciones III, XIV y XVII, 270, 271, 286-L y 286-M, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 17-D, 17-E, 17-I, 19 y 19-A, del Código Fiscal de la Federación; 31, fracciones II y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; 1, 5, 6, 9, 12, 14 y 18, del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado; 1, fracción I, 3, 7, 9, 13, 16, 45 y 57, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización; y de conformidad con el planteamiento presentado por la Dirección General, a través del Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, mediante oficios 21 y 22 de fechas 19 y 21 de junio de 2017, respectivamente, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 14 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.** Aprobar las ‘Reglas aplicables a los patrones y demás sujetos obligados que se dediquen de forma permanente o esporádica a la actividad de la construcción, para registrar las obras de construcción, sus fases e incidencias’, que forman parte del presente Acuerdo como Anexo Único, a fin de cumplir con las disposiciones establecidas en los artículos 5, fracción III, 9 y 12, del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado. **Segundo.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación para que, por conducto de la persona Titular de la Unidad de Fiscalización y Cobranza, resuelva las dudas o aclaraciones que con motivo de la aplicación del presente Acuerdo presenten las Unidades Administrativas del Instituto. **Tercero.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, para que realice las acciones necesarias a fin de implementar el Servicio Integral de Registro de Obras de Construcción (SIROC), en el Instituto Mexicano del Seguro Social. **Cuarto.** A partir del 1o. de septiembre de 2017, se dejan sin efecto los Acuerdos ACDO.SA1.HCT.240210/41.PDIR,

aprobado por este Organismo de Gobierno en sesión del 24 de febrero de 2010 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de abril de 2011 y el 'ACUERDO mediante el cual se informa que el Instituto Mexicano del Seguro Social no exigirá a los patrones dedicados a la actividad de la construcción, la presentación en dispositivo magnético de la documentación prevista en el primer párrafo del artículo 12, del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado' de fecha 21 de julio de 2011, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de agosto de 2011. **Quinto.** Los trámites correspondientes a los formatos SATIC-02 'Aviso de Registro de Fase de Obra de Subcontratista'; SATIC-03 'Aviso de Incidencia de Obra'; SATIC-04 'Aviso de Cancelación de Subcontratación'; SATIC-05 'Relación Mensual de Trabajadores de la Construcción'; y SATIC-06 'Aviso para Informar la Subcontratación', respecto de los cuales se hubiera presentado el formato SATIC-01 'Registro de Obra', hasta antes del 1o. de septiembre de 2017, seguirán tramitándose hasta su conclusión en los términos previstos en el Acuerdo ACDO.SA1.HCT.240210/41.P.DIR. **Sexto.** A partir del día siguiente a la publicación en el Diario Oficial de la Federación de este Acuerdo, los patrones y sujetos obligados podrán optar por utilizar el SIROC para el registro de las obras de construcción, sus fases e incidencias. A partir del 1o. de septiembre de 2017, será obligatoria su utilización para el cumplimiento de las obligaciones a que se refiere el presente Acuerdo. **Séptimo.** Instruir a la persona Titular de la Dirección Jurídica, a efecto de que realice el trámite para la publicación del presente Acuerdo y su Anexo Único en el Diario Oficial de la Federación".

Atentamente

Ciudad de México, a 28 de junio de 2017. El Secretario General,
Juan Carlos Velasco Pérez. Rúbrica.



ANEXO UNICO

“Reglas aplicables a los patrones y demás sujetos obligados que se dediquen de forma permanente o esporádica a la actividad de la construcción, para registrar las obras de construcción, sus fases e incidencias”

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la estrategia IMSS DIGITAL, el Instituto Mexicano del Seguro Social (Instituto) acordó simplificar el registro de los datos que deben proporcionar los patrones y demás sujetos obligados que se dedican de manera permanente o esporádica a la actividad de la construcción.

En este contexto, se simplifica la obligación de registrar las obras de construcción, sus fases e incidencias que actualmente se realizan conforme a lo establecido en el Acuerdo ACDO.SA1.HCT.240210/41.P.DIR, por lo que se emiten las siguientes Reglas:

PRIMERA. Para efecto de registrar las obras de construcción, sus fases e incidencias, los patrones o sujetos obligados deberán registrarse en la página electrónica del Instituto a través del portal los servicios digitales del Instituto, debiendo aceptar los términos y condiciones para el uso de medios electrónicos; una vez registrados, procederán de la siguiente manera:

I. Ingresar a la dirección electrónica del Instituto (www.imss.gob.mx), seleccionar la sección “Patrones o empresas”, después seleccionar “Escritorio virtual”, donde ingresaran con su Firma Electrónica Avanzada (FIEL) y contraseña.

En el supuesto de tener un representante legal, éste ingresará con su FIEL, deberá seleccionar en el apartado “Empresas representadas”, el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) que corresponda.

II. Posteriormente en la sección “Registros Patronales”, seleccionará “Registro de Obra” en el recuadro “Acciones” del Registro Patronal respectivo, en la que podrá seleccionar alguna de las siguientes opciones:

a. Registro de Obra: En esta opción el patrón o sujeto obligado deberá ingresar los datos respectivos de la obra de construcción.

b. Incidencias: En esta opción el patrón o sujeto obligado deberá ingresar los datos respectivos de la Incidencia de obra a presentar, correspondiente al Número de Registro de Obra.

Para efectos del registro de obra a que se refiere el inciso a), del numeral anterior, los patrones o sujetos obligados deberán proporcionar la siguiente información:

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| RFC | | Registro Federal de Contribuyentes del Patrón o sujeto obligado de la construcción. |
| Nombre, Denominación o Razón Social | | Del Patrón o sujeto obligado de la construcción. |
| Registro Patronal | | Del Patrón o sujeto obligado de la construcción. |
| Clase de Obra | | Pública o Privada (dependiendo si está o no está regida por lo dispuesto en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, o la de Obras Públicas). |
| Tipo de Usuario | | Propietario, Contratista, Subcontratista o Intermediario. |
| Número de registro de obra de quien lo contrata | | Número de registro de obra que se le asignó a quien lo contrata, al momento de registrarse. |
| Ubicación de la obra | Código postal | Número constituido por cinco dígitos, obtenido de la información oficial del Servicio Postal Mexicano. |
| | Asentamiento | El nombre de la colonia, fraccionamiento, unidad habitacional, residencial, barrio o población. |
| | Vialidad primaria | El nombre de la calle, avenida, calzada, cerrada o boulevard. |
| | Número o letra exterior | De la ubicación de la obra. |
| | Número o letra interior | De la ubicación de la obra. |
| | Estado | De la ubicación de la obra. |
| | Municipio, Alcaldía o Delegación | De la ubicación de la obra. |
| Observaciones de la ubicación de la obra | | El patrón o sujeto obligado puede hacer alguna observación del domicilio en donde ejecutará la obra. |
| Periodo de ejecución o Vigencia del contrato | Fecha de inicio | Fecha de inicio de los trabajos. |
| | Fecha de término | Fecha de término de los trabajos. |
| Monto de la obra o Monto del contrato | | Importe total presupuestado, sin Impuesto al Valor Agregado (IVA). |
| Superficie de construcción | | Número total de metros cuadrados de construcción de la obra. |

ACUERDO DE LA LSS

| | |
|--------------------------------------|--|
| Tipo de obra u Objeto del contrato | Seleccionar el tipo de obra o de contrato. |
| Número de procedimiento | Número identificador del procedimiento de contratación en Compranet, es decir, número del contrato celebrado con la dependencia, entidad o municipio, derivado de la licitación pública, invitación a cuando menos tres personas o adjudicación directa. |
| Número de aviso de ubicación de obra | Número que genera el sistema al registrar la ubicación de obra. |
| Observaciones del registro de obra | Podrá opcionalmente capturar alguna observación del registro de obra. |
| RFC de quien lo contrata | Registro Federal de Contribuyentes del Patrón o sujeto obligado de la construcción. |

Para efectos del registro de incidencias a que se refiere el inciso b) del numeral anterior, el patrón o sujeto obligado deberá proporcionar la siguiente información:

a) Actualización:

I. Fecha de término de la obra o Fecha de término del contrato: Día, mes y año en el que se estima la nueva fecha de terminación.

II. Monto de la obra o Monto del contrato: Nuevo monto total presupuestado sin IVA.

III. Superficie de construcción: Nueva cantidad de metros cuadrados de la obra.

IV. Motivo de actualización: Motivo por el cual se actualizan los datos.

b) Reporte Bimestral:

I. El Monto de la obra o Monto del contrato ejercido a la fecha en que se realice el reporte, el cual deberá presentarse dentro de los primeros 17 días naturales de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre.

c) Suspensión:

I. Fecha de suspensión: Día, mes y año en el que se suspendieron los trabajos.

II. Monto ejercido a la fecha: Importe ejercido hasta la fecha en la que se suspendieron los trabajos.

III. Motivo de la suspensión: Causa de suspensión.

d) Reanudación:

I. Fecha de reanudación: Día, mes y año en el que se reanudaron los trabajos.

Al momento de reanudar la obra, el patrón o sujeto obligado tendrá la posibilidad de actualizar alguno de los siguientes datos:

a. Fecha de término: Día, mes y año en el que se estima la nueva fecha de terminación.

b. Monto de la obra o Monto del contrato: Nuevo monto total presupuestado sin IVA.

c. Superficie de construcción: Nueva cantidad de metros cuadrados.

d. Motivo de actualización: Motivo por el cual se actualizan los datos.

e) Cancelación:

I. Fecha de cancelación: Día, mes y año en el que se cancelaron los trabajos.

II. Monto ejercido a la fecha: Importe ejercido hasta la fecha en la que se cancelaron los trabajos.

III. Motivo de la cancelación: Causa de cancelación.

f) Terminación:

I. Fecha de terminación de la obra o del contrato: Día, mes y año en el que se terminaron los trabajos de la obra.

II. Monto ejercido a la fecha: Importe ejercido hasta la fecha en la que se terminaron los trabajos de la obra.

III. Superficie construida: Cantidad de metros cuadrados que se construyeron al terminar los trabajos de la obra.

III. Para concluir con el registro de la obra e informar sus incidencias, deberá utilizar la FIEL; el patrón o sujeto obligado podrá imprimir el Acuse de recibo correspondiente, mismo que contendrá el sello digital del Instituto.

SEGUNDA. Los patrones o sujetos obligados que registren sus fases e incidencias relacionadas con obras de construcción mediante las presentes reglas, tendrán por cumplida la obligación de avisar la subcontratación prevista en el artículo 5o., fracción III del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado.

TERCERA. Asimismo, se tendrá por cumplida la obligación prevista en el artículo 9, segundo párrafo del ordenamiento reglamentario mencionado en el punto anterior, respecto a la presentación de la relación mensual de trabajadores, cuando los patrones o sujetos obligados identifiquen al trabajador con la obra a la que se encuentra adscrito al momento del cálculo de las cuotas obrero-patronales a través del Sistema Único de Autodeterminación (SUA) y el entero de las mismas.

CUARTA. El Instituto Mexicano del Seguro Social no exigirá a los patrones dedicados a la actividad de la construcción o sujetos obligados, la presentación en dispositivo magnético de la documentación prevista en el primer párrafo del artículo 12 del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado, consistente en: el presupuesto de obra, el análisis de precios unitarios, la explosión de insumos y las estimaciones preliminares de los componentes de mano de obra; el contrato y los planos arquitectónicos de la obra; así como las autorizaciones, licencias o permisos de construcción, cualquiera que sea el nombre con que se les designe, expedidos por las autoridades federales, estatales o municipales competentes.

QUINTA. Aquellos registros de obras, sus fases e incidencias realizados conforme al Acuerdo ACDO.SA1.HCT.240210/41.P.DIR., antes del 1 de septiembre de 2017, deberán continuarse conforme a dicho Acuerdo hasta la presentación del Aviso de terminación de obra.

Ciudad de México, a 28 de junio de 2017. El Director de Incorporación y Recaudación, **Tuffic Miguel Ortega**. Rúbrica.

(R. 452549)



EDITORIAL ISEF

ACUERDO ACDO.AS2.HCT.291117/277.PDPES DICTADO POR EL H. CONSEJO TECNICO EN LA SESION ORDINARIA CELEBRADA EL DIA 29 DE NOVIEMBRE DE 2017, POR EL QUE SE AUTORI- ZA EL PROGRAMA DE MEJORA PARA EL PAGO DE SUBSIDIOS

Publicado en el D.O.F. del 26 de marzo de 2018

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 29 de noviembre del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.291117/277.PDPES, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 8, 251, fracciones I, II, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, en correlación con los artículos 58, fracción I, 98 y 101, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 35 y 69-C, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 7 y 9, de la Ley de Firma Electrónica Avanzada; 68, 69, 116 y 120, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 113, fracción I y 117, primer párrafo, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, fracción IX, 18, 20, 25, 31, 32, 38 y 48, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 31, fracciones II y IV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.280813/234.PDIR y Anexo Único Reglas de Carácter General para el uso de la Firma Electrónica Avanzada cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en los actos que se realicen ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, dictado por este Organismo de Gobierno en sesión ordinaria del 28 de agosto de 2013, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de noviembre de ese mismo año; y de conformidad con el planteamiento presentado por la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante los oficios 210 y 211 del 17 de noviembre de 2017, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 17 del mes y año citados, Acuerda: **Prime-ro**. Autorizar el ‘**Programa de Mejora para el Pago de Subsidios**’, mediante el cual se crea un nuevo canal para el pago, por el cual los asegurados podrán solicitar a este Instituto, que el pago de los subsidios a que tengan derecho a recibir por incapacidad temporal para el trabajo por riesgos de trabajo, enfermedad general y maternidad, se realicen en su cuenta bancaria. Esta solicitud podrá hacerse en línea ingresando al aplicativo interoperable para el Pago de Subsidio en Cuenta Bancaria, usando la Firma Electrónica Avanzada cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria. Los asegurados que no cuenten con la Firma Electrónica Avanzada, podrán ingresar a dicho aplicativo con su Clave Única de Registro de Población para compilar su solicitud, la cual deberán formalizar en las ventanillas de prestaciones económicas de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción. La Firma Electrónica Avan-

zada tendrá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, por lo que se considerará responsable de los actos emitidos a la persona Titular de la misma. La solicitud del trámite también podrá realizarse en su totalidad, de forma presencial en dichas ventanillas. Los asegurados que no deseen recibir el pago del subsidio en su cuenta bancaria, continuarán recibiendo el pago de los subsidios a su favor en las ventanillas de las instituciones bancarias autorizadas, con la presentación del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo que expiden los servicios médicos del Instituto. **Segundo.** Los datos personales proporcionados por los asegurados, serán usados por el Instituto únicamente para el fin solicitado. De esta forma se deberá garantizar la confidencialidad y seguridad de dicha información por los servidores públicos que registran, administran y consultan dichos datos, derivado de su competencia y de las actividades que realizan conforme a los procesos institucionales. La persona Titular de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, garantizará la seguridad de la información electrónica y datos personales que se requieren y administran en el funcionamiento del aplicativo a que se refiere el punto Primero de este Acuerdo. Asimismo, la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, protegerá y normará en sus procedimientos que los datos personales proporcionados por los asegurados sean utilizados para los fines autorizados por los mismos. **Tercero.** Autorizar a la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, para que de manera directa o por conducto de las personas Titulares de sus unidades administrativas competentes, suscriba los instrumentos jurídicos necesarios para la interoperabilidad del aplicativo con los sistemas de otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como con los Organismos Constitucionales Autónomos. **Cuarto.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, para que de manera directa o por conducto de las personas Titulares de sus unidades administrativas competentes, dicten las instrucciones y criterios que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones, de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo se presenten. **Quinto.** Instruir a las personas Titulares de las Direcciones de Administración y Jurídica, para que realicen las gestiones necesarias en el ámbito de su competencia para la publicación de este Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.** Este Acuerdo entrará en vigor el día hábil siguiente a su publicación”.

Atentamente

Ciudad de México, a 29 de noviembre de 2017. El Secretario General, **Juan Carlos Velasco Pérez**. Rúbrica.

(R. 464551)

ACUERDO ACDO.AS2.HCT.280218/42.PDPES Y SU ANEXO UNICO, RELATIVO A LA AUTORIZACION PARA EL USO DE LA FIRMA ELECTRONICA AVANZADA, CUYO CERTIFICADO DIGITAL SEA EMITIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA, EN LAS ACTUACIONES Y ACTOS ADMINISTRATIVOS EN LOS PROCEDIMIENTOS INHERENTES A LOS PROCESOS PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES EN DINERO QUE PREVE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, QUE REALICEN LOS SERVIDORES PUBLICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Publicado en el D.O.F. del 9 de mayo de 2018

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. México. Gobierno de la República. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 28 de febrero del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.280218/42.PDPES, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 8, 9, 251, fracciones I, II, XIII y XXXVII, 263, 264, fracciones III, VIII, XIV y XVII, y 286-M, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 35 y 69-C, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 7 y 9, de la Ley de Firma Electrónica Avanzada; 31, fracciones II y IV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y en el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018, así como en la estrategia transversal ‘Un Gobierno Cercano y Moderno’, en relación con fomentar la adopción y el desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC); y de conformidad con el planteamiento presentado por la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficios 88 y 89 de fechas 16 y 20 de febrero de 2018, respectivamente, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 7 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.** Aprobar el uso de la Firma Electrónica Avanzada, cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en las actuaciones y actos administrativos inherentes a los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, que realicen los servidores públicos facultados, lo cual producirá los mismos efectos legales que los documentos presentados con firma autógrafa y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio que las disposiciones aplicables les otorgan a éstos. Este mecanismo es adicional a la suscripción con firma autógrafa. **Segundo.** Aprobar los Lineamientos para el uso de la Firma Electrónica Avanzada, cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, en actos administrativos que realicen los servidores públicos facultados,

en los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, que forman parte del presente Acuerdo como Anexo Unico. **Tercero.** La Firma Electrónica Avanzada tendrá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, por lo que se considerará responsable de los actos emitidos y suscritos con la primera, a la persona titular de dicha firma. **Cuarto.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, para que garantice la seguridad de la información electrónica y datos personales que se requieren y administran para el uso de la Firma Electrónica Avanzada, así como el correcto funcionamiento de los sistemas que la utilicen y que la misma ha sido validada ante el Servicio de Administración Tributaria. **Quinto.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales para que, de manera directa o por conducto de sus unidades administrativas competentes, dicte las instrucciones y criterios que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones, de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo se presenten. **Sexto.** Instruir a las personas Titulares de las Direcciones de Administración y Jurídica, para que realicen las gestiones necesarias en el ámbito de su competencia para la publicación de este Acuerdo y su Anexo Unico en el Diario Oficial de la Federación. **Séptimo.** Este acuerdo entrará en vigor el día hábil siguiente a su publicación en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente

Ciudad de México, a 28 de febrero de 2018. El Secretario General,
Juan Carlos Velasco Pérez. Rúbrica.

ANEXO UNICO

“LINEAMIENTOS PARA EL USO DE LA FIRMA ELECTRONICA AVANZADA CUYO CERTIFICADO DIGITAL SEA EMITIDO POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA, EN LAS ACTUACIONES Y ACTOS ADMINISTRATIVOS EN LOS PROCEDIMIENTOS INHERENTES A LOS PROCESOS PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES EN DINERO QUE PREVE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, QUE REALICEN LOS SERVIDORES PUBLICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

1. OBJETO

Los presentes lineamientos tienen por objeto regular el uso de la Firma Electrónica Avanzada cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria, de los servidores públicos facultados como medio para suscribir las actuaciones y resoluciones a los procedimientos administrativos inherentes a los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, con independencia de que se podrá seguir usando la firma autógrafa.

Para tal efecto, la suscripción de los documentos digitales se realizará por la vía de los elementos que componen la Firma Electrónica Avanzada de conformidad con lo que establece la Ley de Firma Electrónica Avanzada.

2. DEFINICIONES

Para los efectos de los presentes lineamientos, serán aplicables las definiciones establecidas en el artículo 5-A de la Ley del Seguro Social, artículo 2 de la Ley de Firma Electrónica Avanzada, así como las siguientes:

I. Actuaciones electrónicas: las notificaciones, citatorios, emplazamientos, requerimientos, solicitud de informes o documentos en los procedimientos inherentes a los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social.

II. Actos administrativos electrónicos: Cualquier tipo de acto o resolución emitida por el Instituto en documento digital o electrónico que sea firmado con la Firma electrónica avanzada del servidor público que lo emite, en los procedimientos inherentes a los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, que deba ser comunicado o notificado al particular.

III. Archivo electrónico: información contenida en texto, imagen, audio y video generada, enviada, recibida o archivada por medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología que forma parte del expediente electrónico de pensión.

IV. Cadena original: Clave alfanumérica que genera el IMSS, para la autenticación de los documentos electrónicos institucionales que se emitan con motivo de la presentación de los trámites por los que se solicita el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, por medios electrónicos y que representan los

actos administrativos inherentes a éste. La cadena original se conformará con los elementos siguientes de conformidad al tipo de documento que se emita: la identificación del tipo de acto u actuación administrativa; folio del documento electrónico; fecha y hora de emisión y elaboración; Delegación Regional o Estatal y Subdelegación de control que corresponda a la competencia material y territorial; Número de Seguridad Social, número de resolución, Institución que paga la pensión, artículo y fracción de la Ley del Seguro Social, y Folio identificador CNSF.

V. Certificado digital: El mensaje de datos emitido y registrado por el SAT como vigente, que confirma el vínculo entre un firmante y su clave privada.

VI. Clave privada: Los datos que el firmante genera de manera secreta y utiliza para crear su FIEL, a fin de lograr el vínculo entre dicha FIEL y el firmante.

VII. Clave pública: Los datos contenidos en un certificado digital que permiten la verificación de la autenticidad de la FIEL del firmante.

VIII. CURP: Clave Unica de Registro de Población.

IX. Documento digital o electrónico: Todo mensaje de datos que contiene información o escritura generada, consultada, modificada, procesada, enviada, recibida o archivada por medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, que forman parte del expediente electrónico de pensión.

X. Expediente electrónico: conjunto de información que generan los sistemas informáticos de prestaciones económicas, contenida en archivos electrónicos o documentos digitales que conforman el expediente de una persona, independientemente de que sea texto, imagen, audio o video, identificado con nombre, CURP y Número de Seguridad Social del asegurado, cuyo resguardo será a cargo de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, dichos documentos podrán imprimirse a fin de que obren en el expediente de pensión.

XI. FIEL: Firma Electrónica Avanzada que es el conjunto de datos y caracteres que permite la identificación del firmante, que ha sido creada por medios electrónicos bajo su exclusivo control, de manera que está vinculada únicamente al mismo y a los datos a los que se refiere, lo que permite que sea detectable cualquier modificación ulterior de éstos, la cual produce los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa y que es administrada por el Servicio de Administración Tributaria.

XII. Firmante: Los servidores públicos facultados para suscribir las actuaciones y resoluciones a los procedimientos administrativos inherentes a los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social.

XIII. IMSS o Instituto: El Instituto Mexicano del Seguro Social.

XIV. LFPA: Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

XV. LFEA: Ley de Firma Electrónica Avanzada.

XVI. Medios electrónicos: Los dispositivos tecnológicos para el procesamiento, impresión, despliegue, conservación y, en su caso, modificación de información.

XVII. Mensaje de datos: La información generada, enviada, recibida, archivada o comunicada a través de medios de comunicación electrónica, ópticos, o de cualquier otra tecnología, que puede contener documentos digitales o electrónicos.

XVIII. Mi Pensión Digital: Módulo electrónico, perteneciente a la estrategia IMSS digital, a través del cual los asegurados ingresan por medio de una clave previamente elaborada, para conocer sus datos personales que obran en este Instituto, como son; semanas cotizadas, salario base de cotización, salario promedio, indicando el tipo de régimen y pensión que de acuerdo a dichos datos tiene derecho el asegurado, e incluso realiza un cálculo de pensión de éste.

Asimismo, dicha plataforma contendrá el sistema electrónico para que los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social realicen y registren el trámite de solicitud de pensión, el cual es la plataforma para la gestión y administración de los trámites de solicitud de pensión.

XIX. RFC: Registro Federal de Contribuyentes.

XX. SAT: Servicio de Administración Tributaria, órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

XXI. Sello digital: Cadena alfanumérica que obra en las actuaciones o actos administrativos electrónicos que emite el IMSS en los procedimientos inherentes a los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social.

XXII. Sistemas informáticos de Prestaciones Económicas. Sistemas electrónicos que utilizan los servicios de prestaciones económicas para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que contempla la Ley del Seguro Social, en los cuales se registra y resguarda la información generada, misma que fungirá como expediente electrónico de todo lo actuado en dichos sistemas, entre ellos: Mi Pensión Digital, Sistema de Trámite de Pensiones, Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas.

XXIII. Prestaciones en dinero. Son los beneficios económicos previstos en la Ley del Seguro Social que derivan del aseguramiento de un trabajador o sujeto de aseguramiento, o bien, de un pensionado. Comprende: pago de pensiones, rentas vitalicias, subsidios y ayudas para gastos de matrimonio y para gastos de funeral.

3. SUJETOS DE APLICACION

La aplicación de los presentes lineamientos será de observancia obligatoria para los servidores públicos del Instituto en razón de sus atribuciones y competencia territorial, que emitan actos y resoluciones administrativas a través de medios electrónicos, inherentes a los procedimientos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social.

4. DISPOSICIONES GENERALES

4.1 La FIEL tendrá la misma validez jurídica que la firma autógrafa, por lo cual todas las actuaciones y actos administrativos electrónicos que se firmen con la FIEL, serán imputables a su titular y no podrán ser repudiados, por lo que es de exclusiva responsabilidad de éste el resguardo del certificado digital y la confidencialidad de la clave privada que conforma la FIEL, con el fin de evitar la utilización no autorizada de la misma.

4.2 La FIEL contenida en las actuaciones electrónicas, actos administrativos electrónicos, documentos digitales o electrónicos y en los mensajes de datos garantizará y dará certeza de lo siguiente:

4.2.1 Que el documento digital o electrónico o mensaje de datos ha sido emitido por el firmante de manera tal que su contenido le es atribuible al igual que las consecuencias jurídicas que de él deriven;

4.2.2 Que el documento digital o electrónico o mensaje de datos ha permanecido completo e inalterado desde su firma, con independencia de los cambios que hubiere podido sufrir el medio que lo contiene como resultado del proceso de comunicación, archivo o presentación;

4.2.3 Que la FIEL corresponde exclusivamente al firmante, por lo que todos los documentos digitales o electrónicos o mensajes de datos presentados con la misma serán imputables a su titular y no serán susceptibles de repudio, con lo que se garantiza la autoría e integridad del documento.

4.3 La emisión y regulación de la FIEL de los servidores públicos del Instituto está sujeta a las disposiciones previstas en la Ley de Firma Electrónica Avanzada y demás disposiciones aplicables. La expedición, renovación, revocación y registro del certificado digital, así como la generación de las claves públicas y privadas que conforman la FIEL, se deberán realizar ante el SAT, cumpliendo con los requisitos y procedimientos que para tal efecto éste determine.

4.4 En caso de pérdida, robo o daño de los archivos de la FIEL, o cualquier otro evento que ponga en riesgo la confidencialidad de los certificados electrónicos y claves que conforman la FIEL, los servidores públicos del Instituto, bajo su absoluta responsabilidad, deberán proceder con su inmediata revocación o reposición ante el SAT, sujetándose a los procesos y lineamientos que este último determine.

4.5 Para ingresar a los sistemas informáticos de prestaciones económicas los servidores públicos solicitarán una clave de acceso a dichos sistemas otorgándoles su usuario y contraseña. Para el caso de tener perfil que puede suscribir documentos con FIEL deberá coincidir el usuario del sistema informático con el de la FIEL a emitir.

4.5.1. Para el otorgamiento de las claves de acceso y generación de contraseña, los servidores públicos deberán cumplir con los siguientes requisitos:

4.5.1.1 Realizar la solicitud para obtener usuario y generar la contraseña a través de la mesa de servicios tecnológicos o mediante correo dirigido al administrador local.

4.5.1.2 Nombre completo.

4.5.1.3 Matrícula.

4.5.1.4 Adscripción.

4.5.1.5 Correo electrónico institucional.

4.5.1.6 Correo electrónico particular (optativo)

4.5.1.7 Clave Unica de Registro de Población.

4.5.1.8 Copia de su identificación oficial e identificación laboral o nombramiento o tarjetón de pago (adjuntar en forma impresa o archivo pdf).

4.5.2. La clave de acceso y contraseña será responsabilidad de los titulares de la misma, por lo que será su responsabilidad que sus datos estén actualizados.

4.6 Los servidores públicos deberán firmar autógrafamente la carta de términos y condiciones a fin de que conozcan los presentes lineamientos y el alcance legal de sus actuaciones y actos emitidos con la FIEL. Dicha carta original será resguardada en los archivos de la División de Pensiones de la Coordinación de Prestaciones Económicas.

4.7 En caso de ausentarse el cargo por motivos de vacaciones, incapacidad, licencias, permisos o en su caso dejen de laborar para los servicios de prestaciones económicas deberán notificarlo a su superior jerárquico inmediato, a fin de que sea suspendido o cancelado su perfil de acceso al sistema, evitando que su FIEL sea utilizada de manera indebida.

4.8 El Instituto deberá revocar el perfil del usuario, cuando conozca por cualquier medio que el servidor público ha dejado los servicios de prestaciones económicas, ya sea por renuncia, sanción administrativa o por cualquier otra circunstancia.

4.9 Los servidores públicos que se les otorgue su clave de acceso a los sistemas deberán resguardar la confidencialidad de la clave al ser de carácter personal e intransferible e informar de manera inmediata a su cancelación de existir circunstancias que pongan en peligro su privacidad.

4.10 La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, será la encargada de la operación y mantenimiento de los sistemas de prestaciones económicas, para el correcto desarrollo, por lo que será dicha dirección la responsable del correcto funcionamiento de los sistemas, así como garantizar la seguridad e inviolabilidad de la información ahí contenida.

Asimismo, será la responsable de gestionar ante la Dirección de Administración, la interoperabilidad de los sistemas de prestaciones económicas con los sistemas de administración de la información del personal institucional, a fin de que los actos de autoridad y actuaciones inherentes a los procesos de prestaciones económicas sean emitidos con las formalidades de ley.

4.11 La FIEL al ser el elemento de validez de los documentos digitales, la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico deberá proporcionar todos los elementos tecnológicos para el correcto desempeño de los sistemas informáticos de prestaciones en dinero donde se requiera la firma del servidor público, así como garantizar que ésta ha sido validada ante el SAT.

4.12 En caso de que exista una imposibilidad técnica o jurídica de suscribir los documentos con la FIEL, el servidor público de prestaciones económicas, deberá continuar sus actividades con firma autógrafa hasta en tanto desaparezcan las causas de dicha imposibilidad.

5. DE LAS ACTUACIONES Y ACTOS ADMINISTRATIVOS ELECTRONICOS QUE EMITE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LOS PROCESOS INHERENTES AL OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES EN DINERO QUE PREVE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

5.1 Los servidores públicos del IMSS podrán firmar actos o resoluciones administrativas de acuerdo con sus atribuciones y competencia territorial, en documentos digitales o electrónicos mediante el uso de su FIEL, que estará contenida a través de su representación de clave alfanumérica en dichos actos o resoluciones, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos con firma autógrafa, teniendo el mismo valor probatorio.

5.2 Una vez que las actuaciones o actos administrativos electrónicos cuenten con la FIEL del servidor público, serán considerados hechos legítima y auténticamente por el firmante, siendo el único responsable ante el Instituto de las consecuencias jurídicas que deriven de los documentos que contengan su FIEL.

5.3 Los trámites únicamente podrán ser gestionados por un servidor público a la vez, el sistema únicamente permitirá la emisión de una Firma Electrónica Avanzada, bloqueando las subsecuentes.

5.4 Al existir una actuación o acto administrativo que deba suscribirse, los sistemas informáticos de prestaciones económicas, deberán remitir un aviso a los servidores públicos que deban suscribirlos, para que éstos ingresen a la plataforma correspondiente, a fin de que en un término no mayor a 24 horas se revise el acto a suscribir y proceda a firmarlo con su FIEL.

5.5 Se deberán conservar en los sistemas de prestaciones económicas, los documentos electrónicos de las constancias de todas las actuaciones y actos derivados de la gestión de los trámites relacionados con el otorgamiento de las prestaciones en dinero, los cuales integran el expediente electrónico de los trámites de prestaciones en dinero. Asimismo, integran el expediente físico de otorgamiento de las prestaciones en dinero que corresponda, las documentales presentadas en las ventanillas.

5.6 Los servidores públicos de prestaciones económicas tendrán acceso al sistema informático para la localización del documento digital firmado con su FIEL. Las resoluciones y actos suscritos con FIEL deberán ser notificados a los solicitantes de forma personal en las ventanillas de prestaciones económicas, o bien, a través de medios electrónicos cuando así proceda.

5.7 Las actuaciones o actos administrativos electrónicos serán válidos y exigibles, se producirán todos sus efectos jurídicos, a partir del día hábil siguiente a la notificación de los mismos.

6. FACULTADES DE COMPROBACION

Lo dispuesto en las presentes Reglas no limita las facultades de comprobación del IMSS.

7. CONFIDENCIALIDAD

Los datos personales que se proporcionen a los sistemas informáticos de prestaciones económicas se deberá garantizar que serán tratados de conformidad con la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, por lo que de violentarse los derechos ahí contenidos, serán aplicables las sanciones en las leyes antes mencionadas, sin perjuicio de las demás que puedan generarse.

8. SANCIONES

La falta de vigencia o renovación del certificado digital que ampara la FIEL, no eximirá al servidor público de cumplir con sus obligaciones, por lo que será su responsabilidad tener vigente el certificado digital que ampara su FIEL.

El incumplimiento a los presentes lineamientos, así como el uso indebido de la FIEL de los servidores públicos en las actuaciones o actos administrativos electrónicos será sancionado conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, Ley del Seguro Social, Código Penal Federal, así como las demás sanciones que conforme a derecho procedan.

La falta de conocimiento de los presentes lineamientos no libera a los servidores públicos de las responsabilidades establecidas en ellos por el mal uso que hagan de los sistemas informáticos o el uso de la FIEL.

ARTICULOS TRANSITORIOS 2018

Publicados en el D.O.F. del 9 de mayo de 2018

PRIMERO. Los presentes lineamientos entrarán en vigor el día hábil siguiente a su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Los servidores públicos facultados para realizar actuaciones y actos administrativos inherentes a los procesos para el otorgamiento de las prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, deberán solicitar o renovar su Firma Electrónica Avanzada ante el Sistema de Administración Tributaria, a fin de poder suscribir dichos actos, debiendo solicitar su alta en el Sistema que al efecto determine la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

TERCERO. Los servidores públicos que tengan perfil de acceso a los sistemas de prestaciones económicas deberán de tener actualizados sus datos en los sistemas que administran las prestaciones económicas.

CUARTO. Este mecanismo de emisión de documentos con uso de la FIEL, es adicional a la firma autógrafa.

Ciudad de México, a 28 de febrero de 2018. El Director de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS, **Santiago De María Campos Meade**. Rúbrica.

(R. 466640)



EDITORIAL ISEF

ACUERDO ACDO.AS1.HCT.280218/43.PDPES, POR EL QUE SE AUTORIZA DENTRO DE LA ESTRATEGIA IMSS DIGITAL, EL DESARROLLO Y USO DEL COMPONENTE DE PENSIONES DENOMINADO MI PENSION DIGITAL

Publicado en el D.O.F. del 9 de mayo de 2018

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. México. Gobierno de la República. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 28 de febrero del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS1.HCT.280218/43.PDPES, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 8, 9, 251, fracciones I, II, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, VIII, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 35 y 69-C, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 7 y 9, de la Ley de Firma Electrónica Avanzada; 31, fracciones II y IV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y de conformidad con el planteamiento presentado por la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficios 88 y 89 de fechas 16 y 20 de febrero de 2018, respectivamente, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el día 7 del mes y año citados, Acuerda: **Primero**. Autorizar dentro de la estrategia ‘IMSS Digital’ el desarrollo y uso del componente de pensiones denominado ‘Mi Pensión Digital’, el cual considera dos elementos: **1**. El desarrollo de servicios digitales que comprende la confronta de datos personales registrados en el Instituto contra los registrados en las Administradoras de Fondos de Ahorro para el Retiro. **2**. El desarrollo de un aplicativo con el cual: **a)** el asegurado previo a la presentación de su trámite de solicitud de pensión, podrá conocer a través de Internet sus datos afiliatorios y personales, los de sus beneficiarios asociados registrados ante el Instituto, así como conocer el cálculo estimado de su pensión tomando como base la información de semanas de cotización reconocidas, el salario base de cotización registrado, el tipo de pensión y régimen solicitado, lo cual permitirá que el asegurado tenga certeza de la información que, en su caso, se tomará en cuenta para el otorgamiento de su pensión. Asimismo, este servicio digital podrá ser usado por los beneficiarios de los asegurados o pensionados, para conocer los datos personales y el cálculo estimativo de las pensiones de viudez, orfandad o ascendencia, según se trate. También, el asegurado o sus beneficiarios, en su caso, podrán registrar la información necesaria para modificar sus datos en caso de que sean incorrectos. Con base en esta información el asegurado o sus beneficiarios podrán iniciar su trámite de solicitud de pensión y, en su caso, la modificación de sus datos personales, en las ventanillas de Prestaciones Económicas. En una primera liberación este aplicativo estará relacionado con la información del asegurado para las pensiones de Cesantía en Edad Avanzada y de Vejez. Posteriormente, se realizarán las liberaciones relacionadas con la información base para las pensiones

de Incapacidad Permanente (incluyendo indemnizaciones globales), de Invalidez, de Retiro, de Viudez, de Orfandad y de Ascendientes. Los usuarios podrán acceder a dichos servicios, previo registro, proporcionando Número de Seguridad Social, Clave Unica de Registro de Población y correo electrónico; y **b)** los servicios de prestaciones económicas usarán el aplicativo 'Mi Pensión Digital', como herramienta para gestionar la información inherente al proceso de otorgamiento de las pensiones y rentas vitalicias, en todas sus modalidades, de acuerdo a las liberaciones que se realicen durante la transición para la implementación de este nuevo aplicativo y el desuso del Sistema de Trámite de Pensiones para la gestión del trámite de solicitud de pensión. **Segundo.** Autorizar, en términos del Acuerdo ACDO. AS2.HCT.280218/42.PDPES, dictado por este Consejo Técnico en sesión del 28 de febrero de 2018 (por el que se aprueba la FIEL), para que los servidores públicos facultados en el diverso ACDO. AS2.HCT.240210/26.PDPES, dictado por este Organismo de Gobierno en sesión del 24 de febrero de 2010, actualizando la denominación de la Jefatura Delegacional de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales, por el de Jefatura Delegacional de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales, suscriban digitalmente a través de su Firma Electrónica Avanzada, las actuaciones y las resoluciones del procedimiento administrativo inherente al trámite de solicitud de pensión. La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, garantizará la seguridad de la información electrónica y datos personales que se requieren y administran en el funcionamiento del aplicativo a que se refiere el punto Primero de este Acuerdo. **Tercero.** Autorizar el uso del sello digital propuesto en la estrategia 'IMSS Digital', para la autenticación de los documentos institucionales que se emitan con motivo del uso del aplicativo a que se refiere el punto Primero de este Acuerdo, así como en los documentos y resoluciones inherentes al procedimiento del trámite de solicitud de pensión. **Cuarto.** Instruir a las personas Titulares de las Direcciones de Innovación y Desarrollo Tecnológico y de Incorporación y Recaudación, para colaborar con la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, con el objeto de facilitar la interoperabilidad de los procesos institucionales necesarios para la implementación y el funcionamiento de 'Mi Pensión Digital', así como para la mejora del proceso en materia de pensiones. **Quinto.** Autorizar la suscripción de los instrumentos jurídicos necesarios para la interoperabilidad del aplicativo con los sistemas de otras dependencias y entidades públicas en sus tres órdenes de gobierno, así como Organismos Constitucionales Autónomos. **Sexto.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, para que de manera directa o por conducto de sus unidades administrativas competentes, dicte las instrucciones y criterios que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones, de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo se presenten. **Séptimo.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, para que reporte al cierre de este ejercicio a este Consejo Técnico, sobre los resultados que deriven de la puesta en marcha del desarrollo del componente de pensiones dentro de la estrategia 'IMSS Digital' que se autoriza en el presente Acuerdo. **Octavo.** Instruir a las Direcciones de Administración y Jurídica, para que realicen las gestiones necesarias en el ámbito de su competencia para la publicación de este Acuerdo en el Diario Oficial de la Federa-

ción. **Noveno.** Este Acuerdo entrará en vigor el día hábil siguiente a su publicación en el Diario Oficial de la Federación”

Atentamente

Ciudad de México, a 28 de febrero de 2018. El Secretario General,
Juan Carlos Velasco Pérez. Rúbrica.

(R. 466641)



ACUERDO ACDO.AS3.HCT.270219/90.PDF, RELATIVO A LOS COSTOS UNITARIOS POR NIVEL DE ATENCION MEDICA ACTUALIZADOS AL AÑO 2019

Publicado en el D.O.F. del 22 de marzo de 2019

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 27 de febrero del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS3.HCT.270219/90.PDF, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones IV, VIII, XIV, XVII, XXXVI y XXXVII, 263, 264, fracciones III, XIV y XVII, 270, 272 y 277-E, de la Ley del Seguro Social; 5, 57 y 58, fracción III, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 112 y 119, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización; 31, fracciones II y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, por conducto de la persona Titular de la Dirección de Finanzas, mediante oficio 56 de fecha 18 de febrero de 2019, así como el dictamen del Comité de Presupuesto del propio Organó de Gobierno, emitido en reunión celebrada el día 26 del mes y año citados, Acuerda: **Primero.** Aprobar los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica actualizados al año 2019, contenidos en el Anexo 1 de este Acuerdo, cuya actualización se realizó con base en el promedio ponderado de los costos observados durante los años 2016 y 2017, actualizados en ambos casos a pesos de diciembre de 2018, tal como se aprecia en el Anexo 2 del presente. **Segundo.** Instruir a la persona Titular de la Dirección Jurídica, para que realice los trámites necesarios ante las instancias competentes, a efecto de publicar este Acuerdo y sus Anexos en el Diario Oficial de la Federación. **Tercero.** El presente Acuerdo, así como los Costos Unitarios a que se refiere el punto Primero del mismo, entrarán en vigor a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente,

Ciudad de México, a 27 de febrero de 2019. El Secretario General,
Christian Eduardo Cervera Mondragón. Rúbrica.

Anexo 1

Tabla que contiene los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica actualizados al 2019 para la determinación de créditos fiscales derivados de capitales constitutivos, inscripciones improcedentes y atención a no derechohabientes

| TIPO DE SERVICIO | COSTO UNITARIO ACTUALIZADO AL 2019 (pesos) |
|---|---|
| ATENCION EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL | |
| Consulta de Medicina Familiar ¹ | 783 |
| Consulta Dental (Estomatología) | 832 |
| Atención de Urgencias | 627 |
| Curaciones | 428 |
| Estudio de Laboratorio Clínico | 107 |
| Estudio de Radiodiagnóstico | 346 |
| Estudio de Ultrasonografía | 546 |
| Traslado en Ambulancia | 441 |
| Sesión de Hemodiálisis | 4,757 |
| Sesión de Quimioterapia | 7,034 |
| Intervención de Tococirugía | 10,106 |
| Día paciente en Hospitalización | 8,333 |
| Intervención Quirúrgica | 6,531 |
| Consulta/Sesión de Medicina Física y Rehabilitación | 964 |
| Terapia Psicológica | 1,222 |
| Estudio/Procedimiento de Endoscopía | 1,559 |
| Sesión de Diálisis | 127 |
| ATENCION EN UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL | |
| Consulta de Medicina Familiar | 783 |
| Consulta Dental (Estomatología) | 832 |
| Consulta de Especialidades ² | 1,359 |
| Atención de Urgencias | 1,164 |
| Día Paciente en Hospitalización | 8,333 |
| Día Paciente en Incubadora | 8,333 |
| Día Paciente en Terapia Intensiva | 37,410 |
| Curaciones | 428 |
| Estudio de Laboratorio Clínico | 113 |
| Citología Exfoliativa | 215 |

ACUERDO DE LA LSS

| TIPO DE SERVICIO | COSTO UNITARIO ACTUALIZADO AL 2019 (pesos) |
|--|---|
| Estudio de Medicina Nuclear | 745 |
| Estudio de Electrodiagnóstico | 511 |
| Estudio de Radiodiagnóstico | 346 |
| Estudio de Ultrasonografía | 546 |
| Estudio de Tomografía Axial | 2,598 |
| Estudio de Resonancia Magnética | 4,199 |
| Estudio/Procedimiento de Endoscopia | 1,559 |
| Consulta/Sesión de Medicina Física y Rehabilitación | 1,566 |
| Sesión de Radioterapia | 2,077 |
| Estudio de Anatomía Patológica | 215 |
| Intervención Quirúrgica | 22,829 |
| Intervención de Tococirugía | 10,106 |
| Traslado en Ambulancia | 1,978 |
| Sesión de Quimioterapia | 7,034 |
| Sesión de Hemodiálisis | 4,757 |
| Estudio/Procedimiento de Hemodinámica | 42,864 |
| Terapia Psicológica | 1,222 |
| Estudio/Sesión de Gabinete de Tratamiento ³ | 195 |
| Sesión de Terapia/Reeducación Ocupacional | 83 |
| Servicio de Banco de Sangre | 221 |
| Consulta a Donadores | 275 |
| Sesión de Diálisis | 127 |
| Servicio de Litotripsia | 1,928 |
| | |
| ATENCIÓN EN UNIDADES DE TERCER NIVEL | |
| Consulta de Especialidades ² | 2,122 |
| Atención de Urgencias | 3,089 |
| Día Paciente en Hospitalización | 8,333 |
| Día Paciente en Incubadora | 8,333 |
| Día Paciente en Terapia Intensiva | 37,410 |
| Estudio de Laboratorio Clínico | 186 |
| Citología Exfoliativa | 256 |
| Estudio de Medicina Nuclear | 745 |
| Estudio de Electrodiagnóstico | 660 |

| TIPO DE SERVICIO | COSTO UNITARIO ACTUALIZADO AL 2019 (pesos) |
|--|---|
| Estudio de Radiodiagnóstico | 545 |
| Estudio de Ultrasonografía | 546 |
| Estudios de Tomografía Axial | 2,598 |
| Estudios de Resonancia Magnética | 4,199 |
| Procedimiento de Cardiología Intervencionista Hemodinámica | 42,864 |
| Estudio/Procedimiento de Endoscopía | 1,559 |
| Consulta/Sesión de Medicina Física y Rehabilitación | 2,608 |
| Sesión de Radioterapia | 2,077 |
| Sesión de Quimioterapia | 7,034 |
| Estudio de Anatomía Patológica | 256 |
| Intervención Quirúrgica | 37,473 |
| Intervención de Tococirugía | 12,768 |
| Traslado en Ambulancia | 5,990 |
| Sesión de Hemodiálisis | 4,757 |
| Terapia Psicológica | 1,222 |
| Estudio/Sesión de Gabinete de Tratamiento ³ | 195 |
| Sesión de Terapia/Reeducación Ocupacional | 83 |
| Servicio de Banco de Sangre | 331 |
| Consulta a Donadores | 275 |
| Sesión de Diálisis | 127 |
| Servicio de Litotripsia | 1,928 |

- 1 Incluye las Consultas de Salud en el Trabajo en el Primer Nivel de Atención.
- 2 Incluye las Consultas de Salud en el Trabajo en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- 3 Gabinete de Tratamiento incluye terapias de lenguaje, respiratoria, recreativa, fisiología pulmonar, entre otros tratamientos en gabinete.

Ciudad de México, a 27 de febrero de 2019. La Directora de Finanzas del IMSS, **Dimpna Gisela Morales González**. Rúbrica.

Anexo 2

Base de Cálculo para la estimación de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica actualizados al 2019

Los costos previamente relacionados, han sido actualizados aplicando la metodología de Costo Basado en Actividades (ABC) con información de los años 2016 y 2017, en relación con el último párrafo del artículo 112 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización vigente, y se les ha aplicado el factor de actualización del mes de diciembre de 2018, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 17-A del Código Fiscal de la Federación vigente.

Este factor se determinó dividiendo el Índice Nacional de Precios al Consumidor del mes de diciembre de 2018, entre el Índice Nacional de Precios al Consumidor correspondiente al mes de diciembre de 2016 y 2017, respectivamente, como se indica a continuación:

DATOS:

| Índice Nacional de Precios al Consumidor de Diciembre 2018 (INPC Dic. 2018). Nueva base, segunda quincena de julio de 2018 = 100 | Índice Nacional de Precios al Consumidor de Diciembre 2017. (INPC Dic. 2017). Nueva base, segunda quincena de julio de 2018 = 100 | Índice Nacional de Precios al Consumidor de Diciembre 2016. (INPC Dic. 2016). Nueva base, segunda quincena de julio de 2018 = 100 |
|---|--|--|
| 103.020 | 98.2728 | 92.0390 |

FORMULA: Factor de Actualización:

| 2017 | 2016 |
|---|---|
| $\frac{\text{INPC Dic. 2018}}{\text{INPC Dic. 2017}}$ | $\frac{\text{INPC Dic. 2018}}{\text{INPC Dic. 2016}}$ |

OPERACIONES

| 2017 | 2016 |
|---------------------------|---------------------------|
| $\frac{103.020}{98.2729}$ | $\frac{103.020}{92.0390}$ |

RESULTADO: Factor de Actualización:

| 2017 | 2016 |
|-------------|-------------|
| 1.0483 | 1.1193 |

Para determinar el costo aplicable a 2019, se determinó el costo promedio ponderado con la información 2016 y 2017. Se multiplicó el

costo total de los servicios de cada año, 2016 y 2017, por el factor de actualización. Una vez actualizado este costo a pesos de diciembre 2018, se sumó el costo total de los dos años.

Por otra parte, se sumó la cantidad de servicios prestados de esos mismos años.

La sumatoria del costo total se dividió entre la sumatoria de la cantidad de servicios prestados, obteniéndose el costo promedio ponderado actualizado al mes de diciembre de 2018, de cada uno de los servicios.

METODOLOGIA:

Actualización del costo

| 2017 | | Factor de Actualización | | Resultado |
|--------------------------------|---|-------------------------|---|--|
| Costo Total Anual del Servicio | X | 1.0483 | = | Costo Total Anual 2017 del Servicio actualizado a diciembre 2018 |

| 2016 | | Factor de Actualización | | Resultado |
|--------------------------------|---|-------------------------|---|--|
| Costo Total Anual del Servicio | X | 1.1193 | = | Costo Total Anual 2016 del Servicio actualizado a diciembre 2018 |

Estimación del Costo Promedio Ponderado

| Costo Total Anual | | Factor de Actualización | | Resultado |
|---|---|---|---|---|
| Costo Total Anual 2017 del Servicio actualizado a diciembre 2018 + | / | Cantidad de servicios prestados durante 2017 + | = | Costo Unitario Promedio Ponderado actualizado al 2019 |
| Costo Total Anual 2016 del Servicio actualizado a diciembre 2018 | | Cantidad de servicios prestados durante 2016 | | |

Ciudad de México, a 27 de febrero de 2019. La Directora de Finanzas del IMSS, **Dimpna Gisela Morales González**. Rúbrica.

(R. 479658)

ACUERDO ACDO.AS2.HCT.300119/53.PDIR Y SU ANEXO UNICO, RELATIVO A LAS REGLAS DE CARACTER GENERAL PARA LA PRUEBA PILOTO DE LA INCORPORACION DE LOS TRABAJADORES DOMESTICOS AL REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL

Publicado en el D.O.F. del 29 de marzo de 2019

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 30 de enero del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.300119/53.PDIR, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones I, IV, VIII, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIII, XIV, XV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5o., 57 y 58, fracción I, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracciones II, IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y conforme a la propuesta que presenta el Titular de la Dirección General, por conducto de la Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, mediante oficio 11 de fecha 31 de enero de 2019, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, emitido en reunión celebrada el día 22 del mes y año citados, Acuerda: **Primero.** Tomar conocimiento de la ejecutoria del Amparo Directo 9/2018 (relacionado con el amparo directo 8/2018), emitida por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. **Segundo.** Aprobar las Reglas de carácter general para la prueba piloto de la incorporación de los trabajadores domésticos al Régimen Obligatorio del Seguro Social, contenidas en el Anexo Único del presente. **Tercero.** Instruir a las Direcciones de Incorporación y Recaudación; de Prestaciones Económicas y Sociales; de Prestaciones Médicas; de Finanzas; de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones, y de Innovación y Desarrollo Tecnológico, para que establezcan las disposiciones necesarias para la correcta aplicación de las Reglas que se emiten, por parte de los Organismos de Operación Administrativa Desconcentrada y sus Organismos Operativos. **Cuarto.** Se instruye a la Dirección de Incorporación y Recaudación para que lleve a cabo la instrumentación de las presentes Reglas y determine las condiciones y fechas en que iniciará la implementación de la prueba piloto a que hace referencia el punto Segundo de este Acuerdo, en la circunscripción territorial y durante el período que ésta estime pertinente en función del propósito de dicha prueba; la cual deberá resultar viable desde el punto de vista financiero para el Instituto. La Dirección de Incorporación y Recaudación deberá presentar a este Organismo de Gobierno un informe sobre el resultado de la prueba piloto, en el mes inmediato siguiente al de su implementación y en el mes inmediato siguiente a la conclusión del mismo, quedando a su cargo la estricta viabilidad financiera del programa piloto, debiendo suspender el programa piloto en caso de inviabilidad financiera del mismo. **Quinto.** Las Subdelegaciones del Instituto, dentro de su circunscripción territorial, en los términos que señale la Dirección de

Incorporación y Recaudación, en cumplimiento a lo establecido en el punto Cuarto de este Acuerdo, en el ejercicio de sus facultades de asistencia, deberán realizar acciones para informar y auxiliar a los trabajadores domésticos y sus patrones, acerca del contenido, alcance y procedimientos para el cumplimiento de las Reglas aprobadas mediante este Acuerdo. **Sexto.** El presente Acuerdo y las Reglas que se aprueban, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y entrarán en vigor al día siguiente de su publicación. **Séptimo.** Instruir a la Dirección Jurídica para que realice los trámites necesarios ante las instancias competentes, a efecto de que se realice la publicación mencionada en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente,

Ciudad de México, a 30 de enero de 2019. El Secretario General,
Christian Eduardo Cervera Mondragón. Rúbrica.



EDITORIAL ISEF

ANEXO UNICO

REGLAS DE CARACTER GENERAL PARA LA PRUEBA PILOTO DE LA INCORPORACION DE LOS TRABAJADORES DOMESTICOS AL REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL

1. OBJETO.

Las presentes Reglas de carácter general tienen por objeto establecer facilidades administrativas para contribuir a garantizar a los trabajadores domésticos el derecho a la salud y la seguridad social, en una primera fase, mediante la regulación de una prueba piloto para establecer un régimen especial opcional de seguridad social que ampare los seguros del Régimen Obligatorio del Seguro Social.

El lenguaje empleado en las presentes Reglas no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

2. GLOSARIO DE TERMINOS.

Para los efectos de las presentes Reglas, serán aplicables las definiciones establecidas en los artículos 5-A de la Ley del Seguro Social y 2 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, así como las siguientes:

I. CURP: Clave Unica de Registro de Población, expedida por el Registro Nacional de Población.

II. LSS: Ley del Seguro Social.

III. Movimientos afiliatorios: Aviso de alta o reingreso, modificación de salario o baja de los trabajadores ante el Instituto.

IV. NSS: Número de Seguridad Social, único, permanente e intransferible asignado por el Instituto, a cada solicitante.

V. RACERF: Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

VI. Reglas: Reglas de carácter general para la prueba piloto de la incorporación de los trabajadores domésticos al Régimen Obligatorio del Seguro Social.

VII. Trabajador doméstico: Lo que para tal efecto establece la Ley Federal del Trabajo.

3. SUJETOS DE APLICACION.

3.1 Son sujetos de la aplicación de las presentes Reglas, los patrones de los trabajadores domésticos y los trabajadores domésticos.

4. DE LA AFILIACION DE LOS TRABAJADORES DOMESTICOS ANTE EL INSTITUTO.

4.1 Los patrones de los trabajadores domésticos tienen el carácter de sujeto obligado ante el Instituto y podrán optar por afiliarse a los trabajadores domésticos bajo las presentes Reglas.

4.2 La recepción del pago de las cuotas obrero patronales se considerará como la presentación del aviso o movimiento afiliatorio de alta.

4.3 Para obtener el formato de pago, se deberá presentar:

a) Del patrón, el nombre completo, domicilio y, de manera opcional, su CURP.

b) Del trabajador doméstico, el nombre completo, NSS, domicilio, salario base de cotización mensual y CURP (de llevarse a cabo de forma no presencial).

c) En el caso de que el trabajador doméstico tenga más de un patrón (multipatrón), el propio trabajador será quien deberá informar al Instituto el número de patrones, sus nombres completos, los domicilios donde trabaja y, de manera opcional, la CURP de cada uno de sus patrones.

Lo anterior, por medio del sistema que el Instituto ponga a disposición para tal efecto, o bien, utilizando el formato correspondiente que podrá solicitarse en la Subdelegación que corresponda al domicilio del patrón o de alguno de los patrones con los que labora.

El patrón o los patrones deberán cubrir el monto correspondiente al pago de cuotas obrero patronales por mes anticipado de acuerdo con lo dispuesto en la Regla 6.3, conforme al salario base de cotización mensual y días laborados con cada patrón, mediante el trámite presencial o aplicaciones que el Instituto disponga para tal efecto.

4.4 Se tendrá hasta el día 20 del mes calendario para realizar el pago de las cuotas obrero patronales del mes, a efecto de iniciar la cobertura de los seguros que ampara el Régimen Obligatorio del Seguro Social el primer día calendario del mes inmediato siguiente al pago. En caso de que el día 20 del mes calendario sea día inhábil, la fecha límite de pago será el primer día hábil inmediato posterior.

5. DE LA ASIGNACION O LOCALIZACION DEL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DOMESTICOS.

5.1 Para realizar el pago de las cuotas obrero patronales correspondiente a este régimen especial opcional de seguridad social, se requiere que los trabajadores domésticos tramiten su NSS, mismo que se puede asignar o localizar en la página de Internet del Instituto www.imss.gob.mx, utilizando la aplicación móvil IMSS Digital o acudiendo a la Subdelegación que corresponda al domicilio del trabajador.

5.2 Para la asignación o localización del NSS vía no presencial, el trabajador doméstico requiere contar con la CURP, una dirección de correo electrónico y su domicilio. En caso de no contar con la CURP o no tener acceso a las tecnologías de la información, podrá solicitarlo de forma presencial en el Departamento de Afiliación y Vigencia de las Subdelegaciones del Instituto, presentando una identificación oficial y acta de nacimiento. Asimismo, en el caso de los extranjeros con permiso para trabajar podrán obtener su NSS en las Subdelegaciones del Instituto.

6. DEL CALCULO DE LAS CUOTAS.

6.1 El salario base de cotización se integrará conforme a lo establecido en el artículo 27 de la LSS, en relación con el artículo 334 de la Ley Federal del Trabajo, y se registrará conforme al artículo 28 de la LSS. El importe de las cuotas obrero patronales correspondientes a los seguros de Enfermedades y Maternidad; de Riesgos de Trabajo; de Invalidez y Vida; de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, así como de Guarderías y Prestaciones Sociales, se determinarán conforme a lo establecido en la LSS.

6.2 Se calcularán las cuotas correspondientes en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en la fracción 8913, actividad servicios domésticos, clase I, conforme a lo establecido en el artículo 196 del RACERF, de acuerdo al artículo 73 de la LSS.

6.3 Tratándose de trabajadores domésticos que laboren exclusivamente para un patrón (de planta o de entrada por salida) durante todo el mes calendario, éste deberá enterar la totalidad de las cuotas obrero patronales correspondientes al período. En caso de que el trabajador doméstico trabaje con un patrón o más de un patrón, el patrón o cada uno de ellos deberá cubrir el monto correspondiente a las cuotas obrero patronales proporcionales a los días que el trabajador doméstico labore con cada patrón durante el mes calendario que corresponda y se cubrirá la cuota correspondiente al mes.

6.4 Tanto el trabajador doméstico como el patrón deberán conservar los comprobantes del pago de las cuotas obrero patronales.

7. DE LA PRUEBA PILOTO.

7.1 Los plazos y la circunscripción territorial de la prueba piloto se darán a conocer en la página de Internet del Instituto www.imss.gob.mx.

7.2 A la entrada en vigor de la prueba piloto, los trabajadores domésticos que se encuentren incorporados voluntariamente al Régimen Obligatorio del Seguro Social permanecerán inscritos en el mismo hasta el término de su cobertura.

8. DE LA INTERPRETACION.

8.1 Todos los aspectos no considerados en las presentes Reglas se sujetarán a lo dispuesto en la LSS y el RACERF.

8.2 La Dirección de Incorporación y Recaudación será la encargada de interpretar las presentes Reglas para efectos administrativos, así como de emitir, en su caso, las disposiciones que resulten necesarias para su correcta aplicación.

Ciudad de México, a 30 de enero de 2019. La Directora de Incorporación y Recaudación, **Norma Gabriela López Castañeda**. Rúbrica.

(R. 479895)

ACUERDO ACDO.AS2.HCT.270219/93.P.DIR Y SU ANEXO UNICO, RELATIVO A LAS REGLAS DE CARACTER GENERAL PARA INCORPORAR AL REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL, POR LO QUE CORRESPONDE A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE QUE OTORGAN LOS SEGUROS DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD, Y DE RIESGOS DE TRABAJO, A LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA JOVENES CONSTRUYENDO EL FUTURO

Publicado en el D.O.F. del 29 de marzo de 2019

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 27 de febrero del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.270219/93.P.DIR, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones I, IV, VIII, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5, 57 y 58, fracción I, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracciones II, IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como en lo establecido en los artículos 1, 2 y 3, del Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie de los seguros de Enfermedades y Maternidad y Riesgos de Trabajo, a los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social o cualquier otra institución de seguridad social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de enero de 2019; los Lineamientos para la operación del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 2019; y conforme a la propuesta que presenta el Director General, por conducto de la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, mediante oficio 24 de fecha 19 de febrero de 2019, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, emitido en reunión celebrada el día 14 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.** Aprobar las Reglas de carácter general para incorporar al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie que otorgan los seguros de Enfermedades y Maternidad, y de Riesgos de Trabajo, a los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro, contenidas en el Anexo Unico del presente Acuerdo. **Segundo.** Instruir a las personas Titulares de las Direcciones de Incorporación y Recaudación; de Finanzas; de Prestaciones Médicas, y de Innovación y Desarrollo Tecnológico para que establezcan las disposiciones necesarias para la correcta aplicación de las Reglas que se emiten, por parte de los Organismos de Operación Administrativa Desconcentrada y sus Organismos Operativos. **Tercero.** El presente Acuerdo y las Reglas que se aprueban, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federa-

ción y entrarán en vigor al día siguiente de su publicación. **Cuarto.** Instruir a la persona Titular de la Dirección Jurídica para que realice los trámites necesarios ante las instancias competentes, a efecto de que se realice la publicación mencionada en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente,

Ciudad de México, a 27 de febrero de 2019. El Secretario General,
Christian Eduardo Cervera Mondragón. Rúbrica.



EDITORIAL ISEF

ANEXO UNICO

REGLAS DE CARACTER GENERAL PARA INCORPORAR AL REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL, POR LO QUE CORRESPONDE A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE QUE OTORGAN LOS SEGUROS DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD, Y DE RIESGOS DE TRABAJO, A LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA JOVENES CONSTRUYENDO EL FUTURO

1. OBJETO.

Las presentes Reglas de carácter general tienen por objeto regular el proceso de incorporación al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie de los seguros de Enfermedades y Maternidad, y de Riesgos de Trabajo, de los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.

El lenguaje empleado en las presentes Reglas no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

2. GLOSARIO DE TERMINOS.

Para los efectos de las presentes Reglas, serán aplicables las definiciones establecidas en los artículos 5-A de la Ley del Seguro Social y 2 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, así como las siguientes:

I. Beneficiario(s) del Programa: Becario(s) del Programa conforme a lo establecido en los Lineamientos para la operación del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 2019.

II. CURP: Clave Unica de Registro de Población, expedida por el Registro Nacional de Población.

III. Decreto: Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie de los seguros de Enfermedades y Maternidad y Riesgos de Trabajo, a los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social o cualquier otra institución de seguridad social.

IV. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

V. IDSE: Sistema IMSS desde su empresa.

VI. Lineamientos: Lineamientos para la operación del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 2019.

VII. LSS: Ley del Seguro Social.

VIII. Movimientos afiliatorios: Aviso de ingreso o baja.

IX. NSS: Número de Seguridad Social, identificador personal, único, permanente e intransferible asignado por el Instituto.

X. Programa: Programa de Jóvenes Construyendo el Futuro a cargo de la STPS.

XI. RACERF: Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

XII. Reglas: Reglas de carácter general para incorporar al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie que otorgan los seguros de Enfermedades y Maternidad, y de Riesgos de Trabajo, a los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.

XIII. STPS: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

XIV. UMF: Unidad de Medicina Familiar.

3. AMBITO DE APLICACION.

3.1 Las presentes Reglas serán aplicadas dentro de la circunscripción territorial de las Delegaciones y Subdelegaciones del Instituto, en términos de lo señalado en el artículo 155 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4. SUJETOS DE APLICACIÓN.

4.1 Son sujetos de la aplicación de las Reglas, la STPS y Beneficiario del Programa.

5. DEL REGISTRO DE LA STPS Y DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ANTE EL IMSS.

5.1 La STPS ante el Instituto deberá:

5.1.1 Registrarse a efecto de que se le otorgue un número de registro patronal.

5.1.2 Inscribir a los Beneficiarios del Programa, comunicar sus altas y bajas, así como los demás datos que se requieran para su registro mediante el sistema IDSE.

5.1.3 Llevar el registro de los Beneficiarios del Programa inscritos al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie que otorgan los seguros de Enfermedades y Maternidad, y de Riesgos de Trabajo, conforme al Decreto, actualizados conforme a los Lineamientos, que deberán contener al menos: nombre completo, NSS, CURP, fechas de ingreso y egreso del Programa.

5.2 Los movimientos afiliatorios rechazados o con inconsistencias podrán ser corregidos y retransmitidos por la STPS a través del sistema IDSE.

5.3 La STPS y el IMSS podrán realizar acuerdos de intercambio de información de los Beneficiarios del Programa para la correcta implementación del Decreto.

6. DE LA ASIGNACION O LOCALIZACION DEL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.

6.1 Para la transmisión de los movimientos afiliatorios la STPS deberá contar con el NSS de los Beneficiarios del Programa, para lo cual se requerirán los siguientes datos:

- a) CURP.
- b) Nombre.
- c) Apellido paterno.
- d) Apellido materno.
- e) Sexo.
- f) Lugar de nacimiento.
- g) Día de nacimiento.
- h) Mes de nacimiento.
- i) Año de nacimiento.

6.2 El Beneficiario del Programa podrá generar o localizar su NSS a través del portal de Internet del Instituto, la App Móvil del IMSS o acudiendo a la Subdelegación que le corresponda a su domicilio.

7. DEL REGISTRO EN UMF DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.

7.1 Para que los Beneficiarios del Programa puedan recibir la atención médica en el IMSS, deberán registrarse en la UMF más cercana a su domicilio, para lo cual se tienen tres vías: a través de Internet, ingresando a la página oficial del IMSS; App Móvil del IMSS, y de manera presencial, en la UMF que le corresponda a su domicilio.

7.2 Para realizar el trámite a través de Internet o App Móvil, deberá contarse con la CURP, código postal y correo electrónico; en el caso de la opción presencial, se deberá acudir con los documentos indicados para el trámite: identificación oficial vigente, comprobante de domicilio reciente, NSS, CURP y una fotografía tamaño infantil.

7.3 En cualquiera de las tres vías, será la ventanilla de prestaciones de la UMF la que entregue la Cartilla Nacional de Salud.

8. DEL PAGO DE LAS CUOTAS.

8.1 El cobro a que se refiere el Decreto se efectuará tomando en consideración a la totalidad de los Beneficiarios del Programa vigentes que fueron registrados por la STPS, a través de su registro patronal en el IMSS, y se aplicará durante el período que dicha Secretaría los mantenga vigentes en el registro patronal.

8.2 El Instituto informará a la STPS dentro de los primeros cinco días hábiles del mes el monto de las cuotas a cubrir, mismas que serán calculadas en función de los días del mes inmediato anterior, durante los cuales el Beneficiario del Programa estuvo vigente en el registro patronal.

8.3 El cálculo de las cuotas se llevará a cabo conforme a lo que se establece como cuota anual en el artículo 3, tercer párrafo, del Decreto y se enterará al Instituto la cantidad correspondiente al mes vencido, tomando en consideración los días que estuvo el Beneficiario del Programa inscrito por la STPS.

8.4 La STPS cada mes deberá enterar el importe mensual de las cuotas establecidas en el Decreto al Instituto dentro de los primeros diecisiete días de cada mes (cuando sea viernes o día inhábil, el plazo se prorrogará hasta el siguiente día hábil).

9. DE LA INTERPRETACION.

9.1 Todos los aspectos no considerados en las presentes Reglas se sujetarán a lo dispuesto en la LSS y el RACERF.

9.2 La Dirección de Incorporación y Recaudación será la encargada de interpretar las presentes Reglas para efectos administrativos, así como de emitir, en su caso, las disposiciones que resulten necesarias para su correcta aplicación por los órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Operativos del Instituto.

Ciudad de México, a 27 de febrero de 2019. La Directora de Incorporación y Recaudación, **Norma Gabriela López Castañeda**.
Rúbrica.

(R. 479947)



EDITORIAL ISEF

ACUERDO ACDO.AS2.HCT.300419/150.P.DIR, RELATIVO A LA AUTORIZACION DE LA DISPENSA DE LA OBLIGACION DE GARANTIZAR EL INTERES FISCAL A LOS PATRONES Y DEMAS SUJETOS OBLIGADOS

Publicado en el D.O.F. del 9 de mayo de 2019

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 30 de abril del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.300419/150.P.DIR, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones IV, XXXIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracciones II y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y conforme al planteamiento que presenta el Director General, por conducto de la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, mediante oficio 16 de fecha 16 de abril de 2019, así como del dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, emitido en reunión celebrada el día 11 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.** Autorizar la dispensa de la obligación de garantizar el interés fiscal a los patrones y demás sujetos obligados, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley del Seguro Social y en el Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, cuando suscriban el convenio para el pago a plazos, ya sea en forma diferida o en parcialidades, de los créditos adeudados por concepto de cuotas obrero patronales, capitales constitutivos, multas, gastos realizados por el Instituto por inscripciones improcedentes y las que tenga derecho a exigir a personas no derechohabientes. **Segundo.** En caso de que los patrones o sujetos obligados a que se refiere el punto anterior incumplan en el pago de dos parcialidades autorizadas, se requerirá la garantía del interés fiscal respectivo, debiendo efectuar el otorgamiento de la misma en un plazo de diez días hábiles, contados a partir del día siguiente a la notificación del requerimiento y, en caso de no otorgarse, se revocará la autorización de prórroga para el pago a plazos. **Tercero.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, para que presente anualmente a este H. Consejo Técnico un informe sobre los resultados de la aplicación de la dispensa en cuestión. **Cuarto.** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación para que, por conducto de la persona Titular de la Unidad de Fiscalización y Cobranza, resuelva las dudas o aclaraciones que con motivo de la aplicación de este Acuerdo presenten las unidades administrativas del Instituto. **Quinto.** Instruir a la persona Titular de la Dirección Jurídica, para que lleve a cabo los trámites necesarios ante las instancias competentes, a efecto de que se realice la publicación de este Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.** El presente Acuerdo iniciará su vigencia el

día hábil siguiente a la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente,

Ciudad de México, a 30 de abril de 2019. El Secretario General,
Christian Eduardo Cervera Mondragón. Rúbrica.

(R. 481304)



EDITORIAL ISEF

ACUERDO ACDO.AS2.HCT.160719/222.PDPES Y SUS ANEXOS, DICTADO POR EL H. CONSEJO TÉCNICO EN SESION ORDINARIA CELEBRADA EL 16 DE JULIO DE 2019, RELATIVO A LA APROBACION DE LOS DATOS Y DOCUMENTOS ESPECIFICOS QUE SE DEBEN PROPORCIONAR O ADJUNTAR PARA EFECTUAR DIVERSOS TRAMITES EN MATERIA DE PRESTACIONES EN DINERO, ASI COMO LOS PLAZOS MAXIMOS DE RESOLUCION DE ESTOS Y LA VIGENCIA DE LA RESOLUCION DE LOS MISMOS

Publicado en el D.O.F. del 29 de agosto de 2019

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. GOBIERNO DE MÉXICO. Instituto Mexicano del Seguro Social. Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 16 de julio del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.160719/222.PDPES, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones IV, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 31, fracciones IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y de conformidad con el planteamiento presentado por la Dirección General, por conducto de la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficio 225 de fecha 3 de julio de 2019, así como del dictamen del Comité del mismo nombre del propio Organismo de Gobierno, emitido en reunión celebrada en la fecha descrita, **Acuerda: Primero.** Dejar sin efecto el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.291117/308.PDPES y sus Anexos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de marzo de 2018; así como los Acuerdos ACDO.SA2.HCT.280218/58.PDPES y sus Anexos, ACDO.SA2.HCT.250418/131.PDPES y sus Anexos, y ACDO.SA2.HCT.290818/228.PDPES y sus Anexos, dictados por este Organismo de Gobierno en sesiones ordinarias del 28 de febrero de 2018, del 25 de abril de 2018 y del 29 de agosto de 2018, respectivamente, relativos a la aprobación de los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar para efectuar los trámites de prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, ante el Instituto Mexicano del Seguro Social. **Segundo.** Aprobar los datos, documentos y formatos específicos que se describen en los Anexos A y B de este Acuerdo, respectivamente, que se deben proporcionar y presentar ante el Instituto para la gestión de los siguientes trámites en materia de prestaciones en dinero, así como los plazos máximos de resolución de éstos y la vigencia de la resolución de los mismos: **1)** Solicitud de Pensión de Incapacidad Permanente; **2)** Solicitud de Pensión de Invalidez; **3)** Solicitud de Pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez; **4)** Solicitud de Pensión de Retiro; **5)** Solicitud de Pensión de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez a través de transferencia de derechos IMSS-ISSSTE; **6)** Solicitud de Pensión de Viudez;

7) Solicitud de Pensión de Orfandad, modalidades: **a)** Hijo menor y hasta 16 años, **b)** Hijo mayor de 16 y hasta 25 años estudiante, y **c)** Hijo mayor de 16 años incapacitado; **8)** Solicitud de Pensión de Ascendientes; **9)** Solicitud de modificación de pensión por finiquito por contraer nuevas nupcias; **10)** Solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo o en el monto del pago de la misma y por cambio de cuenta bancaria; **11)** Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión, modalidades: **a)** Por el pensionado, y **b)** Por terceros en caso de fallecimiento del pensionado; **12)** Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973; **13)** Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio; **14)** Solicitud de ayuda para gastos de funeral; **15)** Solicitud de Pago de Subsidios, modalidades: **a)** En cuenta bancaria, en Línea: Registro, Modificación y Baja, **b)** En cuenta bancaria, en Ventanilla: Registro, Modificación y Baja, y **c)** Celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios; **16)** Solicitud de Pago de licencia por cuidados médicos de hijos de hasta dieciséis años, aplicación del artículo 140 Bis, de la Ley del Seguro Social, modalidades: **a)** En cuenta bancaria, en Línea: Registro y Modificación, **b)** En cuenta bancaria, en Ventanilla: Registro y Modificación. **Tercero.** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales para que, de manera directa o por conducto de sus unidades administrativas competentes, dicte las circulares que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones, de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo se presenten. **Cuarto.** Instruir a las Direcciones de Administración y Jurídica, para que realicen las gestiones necesarias en el ámbito de su competencia para la publicación de este Acuerdo y sus Anexos en el Diario Oficial de la Federación. **Quinto.** El presente Acuerdo entrará en vigor el día hábil siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.** En tanto inicie la vigencia del presente Acuerdo, continuará vigente el diverso ACDO.AS2.HCT.291117/308.PDPES y Anexos, aprobado por este Organismo de Gobierno en sesión del 29 de noviembre de 2017, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de marzo de 2018”.

Atentamente,

Ciudad de México, a 16 de julio de 2019. El Secretario General,
Javier Guerrero García. Rúbrica.

**DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES
UNIDAD DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SALUD EN EL TRABAJO
COORDINACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS**

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

ANEXO "A"

Anexo por el que se establecen, los datos, documentos, formatos específicos que se deben proporcionar y presentar para la gestión de los mismos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los plazos máximos de resolución del trámite y la vigencia de la misma, en relación con los trámites en materia de prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social.

REGLAS GENERALES

1. Todos los documentos que presenten los solicitantes deben ser legibles, no contener tachaduras ni enmendaduras y estar vigentes en los términos que se establezca para el trámite del que se trate.

2. Tratándose de documentos públicos expedidos en el extranjero, deberán contener la apostilla o legalización, según corresponda.

Si el país que emite el documento está adherido a la Convención de la Haya del 5 de octubre de 1961, relativa a la Supresión de la Exigencia de Legalización de los Documentos Públicos Extranjeros, se requerirá de la apostilla, la cual constará sobre el propio documento o sobre una prolongación del mismo, en el formato establecido para ello.

En el supuesto de que el país emisor del documento no esté adherido a la referida Convención, se requerirá de la legalización del documento, es decir, la legalización efectuada por la Representación Consular mexicana ubicada en el lugar en donde se expidió el documento, a través de la cual se certifica que la firma o sello (de un funcionario u oficina gubernamental o notarial) que se localiza dentro de su circunscripción, coincide con la firma o sello registrados en sus archivos.

3. Si el documento está redactado en idioma diferente al español se deberá acompañar la traducción al español realizada por perito autorizado por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional o por perito autorizado por el país de que se trate.

4. Si el solicitante se encuentra impedido físicamente para firmar o estampar su huella digital en la solicitud del trámite, podrá designar a una persona para que firme a su ruego. Invariablemente, también se requerirá identificación oficial de la persona que firma a ruego, la cual deberá ser mayor de edad.

5. Los documentos originales que se enuncian a continuación quedarán en poder del Instituto, en el respectivo expediente:

a. Copia Certificada de Acta de Nacimiento. Se podrá recibir el Acta de Nacimiento en línea (formato único), impresa en hoja blanca

tamaño carta, desde la página de Internet www.gob.mx/actas, la cual será validada por personal de prestaciones económicas en la Subdelegación correspondiente.

b. Copia Certificada de Acta de Adopción.

c. Copia Certificada de Acta de Reconocimiento.

También se aceptarán Copia certificada del Acta de Nacimiento, Reconocimiento o Adopción, expedida con firma electrónica de las autoridades administrativas nacionales, cuyas legislaciones otorguen validez a los documentos expedidos de esa forma.

d. Copia Certificada de la Carta de Naturalización.

e. Copia Certificada de Acta de Tutela.

f. Copia Certificada o extracto de Acta de Matrimonio.

g. Copia Certificada del Acta de Matrimonio con anotación marginal que certifique la disolución del vínculo matrimonial, en su caso, Copia Certificada de Acta de Divorcio.

h. Copia Certificada de Acta de Defunción.

i. Copia Certificada de la resolución emitida por autoridad jurisdiccional que acredite:

i. La relación de concubinato (resolución, declaratoria, constancia, acreditamiento de las acciones de jurisdicción voluntaria).

ii. La disolución del concubinato (resolución, declaratoria, constancia, acreditamiento de las acciones de jurisdicción voluntaria).

iii. La dependencia económica (resolución, declaratoria, constancia, acreditamiento de las acciones de jurisdicción voluntaria).

iv. El auto de discernimiento de la tutela.

v. La nulidad de matrimonio.

vi. La disolución del vínculo matrimonial.

j. Copia certificada del testimonio notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral que se ostenta como patrón.

k. Copia certificada del testimonio notarial, a través del cual se acredite que se cuenta con poder general para actos de dominio, o bien, especial para realizar el trámite que corresponda ante el Instituto.

l. Constancia de semanas cotizadas en el IMSS, que contenga cadena original, sello digital y secuencia notarial o Copia Certificada de la Constancia de períodos de cotización reconocidos al amparo del Anexo Técnico I, del Convenio de Colaboración entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para el cumplimiento de lo previsto en el Título Segundo, Capítulo VIII, Sección I “De la Transferencia de Derechos entre el Instituto y el IMSS”, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (Ver trámite “*Solicitud de Constancia de Semanas Cotizadas*”).

ACUERDO DE LA LSS

en el IMSS, modalidad b) *Constancia de Semanas Cotizadas IMSS- ISSSTE*".

m. Constancia expedida por los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos institucionales, que acredite el cambio de domicilio.

n. Constancia expedida por las representaciones consulares mexicanas, a través de la cual se acredite el domicilio del solicitante en el país de que se trate.

o. Documento que acredite domicilio en el extranjero por autoridad administrativa o migratoria del país de que se trate.

p. Constancia de estudios que acredite la inscripción del beneficiario hijo mayor de dieciséis y menor de veinticinco años, en el ciclo escolar de que se trate, expedida por instituciones pertenecientes al Sistema Educativo Nacional.

q. Documento que justifique la no comparecencia física, del pensionado, entre ellos:

En el Extranjero:

i. Constancia de "Fe de Vida", expedida por los Consulados de México en el extranjero. Este documento se entregará a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

ii. Documento que defina el Convenio Internacional que haya suscrito México con el país de que se trate, a través del cual se acredite la supervivencia del pensionado.

El pensionado deberá solicitar al Consulado o Autoridad administrativa extranjera que la constancia o documento que acredite su supervivencia contenga los siguientes datos:

- Nombre(s) y apellidos.
- Número de Seguridad Social.
- Denominación del documento con el cual se identifica.
- Domicilio.
- Fotografía reciente.
- Firma del interesado. Tratándose de menor de edad o personas sujetas a tutela, será suscrito por su representante legal.
- Número consecutivo o de control de la constancia que se expide.
- Nombre y firma del servidor público que expide la constancia.
- Lugar y fecha en la que se expide la constancia.
- Sello oficial del Consulado o Autoridad administrativa de que se trate.

Dentro de la República Mexicana:

i. Nota médica o constancia expedida por los servicios médicos institucionales, que acredite el internamiento en hospitales del Institu-

to con antigüedad de expedición hasta de 48 horas previas a la fecha en que se realice la comprobación de supervivencia.

ii. Constancia de internamiento en Centros de Readaptación Social con antigüedad de expedición hasta de 30 días naturales previos a la fecha en que se realice la comprobación de supervivencia.

iii. Nota médica elaborada en visita domiciliaria por los servicios médicos institucionales que acredite el internamiento del pensionado en otros hospitales públicos o privados, o bien, acredite que el pensionado por su condición de salud no puede acudir a comprobar supervivencia (con antigüedad de expedición hasta 48 horas previas a la fecha en que se realice la comprobación de supervivencia).

r. Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de incapacidad o defunción por riesgos de trabajo. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondiente y quedará en el expediente.

s. Dictamen de invalidez ST-4, expedida por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de invalidez del asegurado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

t. Dictamen de beneficiario incapacitado ST-6, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite que el beneficiario se encuentre totalmente incapacitado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

u. Constancia de los servicios médicos institucionales a través del cual se acredite que la incapacidad que padecía desapareció.

6. Los trámites podrán realizarse a través de representante legal, presentando los siguientes documentos, considerando la personalidad jurídica con que se ostenta:

a) Identificación oficial con fotografía y firma vigente (original y copia simple), de las señaladas en el numeral 1 de la lista de documentos a presentar en los trámites, de este Acuerdo.

b) Documento que acredite la personalidad con la que se ostente:

i) Tratándose de Apoderado Legal:

- Copia certificada del testimonio notarial, a través del cual se acredite que se cuenta con poder general para actos de dominio, o bien, especial para realizar el trámite que corresponda ante el Instituto.

ii) Tratándose de quienes ejercen la Patria Potestad:

- Copia certificada de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento; del menor con derecho a alguna de las prestaciones en comento (original y copia simple), expedida por:
 - Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o de la Ciudad de México.

- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero prevé el derecho común y los tratados internacionales.

Se podrá recibir el Acta de Nacimiento en línea (formato único), impresa en hoja blanca tamaño carta, desde la página de Internet www.gob.mx/actas, la cual será validada por personal de prestaciones económicas en la Subdelegación correspondiente.

También se aceptarán Copia certificada del Acta de Nacimiento, Reconocimiento o Adopción, expedida con firma electrónica de las autoridades administrativas nacionales, cuyas legislaciones otorguen validez a los documentos expedidos de esa forma.

- En su caso, copia certificada de la resolución jurisdiccional ejecutoriada a través de la cual conste el ejercicio de la patria potestad a cargo del solicitante.

iii) Tratándose de quienes ejercen la Tutela:

- Copia certificada de la resolución jurisdiccional ejecutoriada, que acredite el auto de discernimiento de la tutela, o bien, copia certificada de Acta de Tutela.

7. Para cada trámite se deberán presentar y proporcionar los documentos y datos que correspondan de acuerdo al trámite que se solicita, descritos en el apartado de trámites institucionales en materia de prestaciones en dinero.

8. Los documentos originales que se solicitan en cada trámite, se devolverán al solicitante una vez que se haya cotejado con la copia simple que al efecto proporcione éste, salvo los que expresamente se indique que se quedarán en el expediente.

9. Son causales de prevención, entre otras: error, alteración o inconsistencias en los documentos presentados, por ejemplo en: Actas de Nacimiento, Defunción, Matrimonio, documento de elección de régimen pensionario, documento de elección de aseguradora e inconsistencias en los datos proporcionados.

10. En los casos de presentarse alguno de los siguientes supuestos: homonimias; duplicidad del Número de Seguridad Social; la existencia de un procedimiento administrativo vinculado con la comprobación de la relación laboral; existencia de más de una cuenta individual; error en la cuenta individual; procedimiento administrativo o judicial interpuesto por el asegurado o sus beneficiarios en contra del Instituto, que se encuentre pendiente de resolución y que se refiera a la prestación que solicita a través de un trámite; así como otros que puedan afectar el sentido de la resolución del trámite, el Instituto notificará por escrito dicha circunstancia y comunicará al interesado sobre los procedimientos a seguir tendientes a la solución de la problemática.

11. El pensionado recibirá una ayuda económica denominada asignación familiar, por concepto de carga familiar, por los beneficiarios siguientes:

a. esposa o concubina.

b. para cada uno de los hijos menores de edad y hasta los dieciséis años.

c. para cada uno de los hijos de dieciséis y hasta veinticinco años, si se encuentra estudiando en planteles del Sistema Educativo Nacional, siempre que no sean sujeto del régimen obligatorio.

d. para cada uno de los hijos del pensionado con motivo de no poderse mantener por sí mismos, debido a inhabilitación para trabajar por enfermedad crónica, física o psíquica, podrán continuarse pagando hasta en tanto no desaparezca la inhabilitación.

e. si el pensionado no tuviera ni esposa o concubina, ni hijos menores de dieciséis años se concederá una asignación para cada uno de los padres del pensionado si dependieran económicamente de él.

Si el pensionado no tuviera ni esposa o concubina, ni hijos, ni ascendientes que dependan económicamente de él, se le concederá una ayuda asistencial.

Las asignaciones familiares se entregarán de preferencia al propio pensionado, pero la correspondiente a los hijos podrá entregarse a la persona o institución que los tenga bajo su cargo directo, en el caso de no vivir con el pensionado.

Las asignaciones familiares cesarán con la muerte del familiar que la originó y, en el caso de los hijos, terminarán con la muerte de éstos o cuando cumplan los dieciséis años, o hasta los veinticinco años si comprueban realizar estudios, o hasta en tanto no desaparezca la inhabilitación que padecen.

12. Es obligación de los pensionados y asignatarios comprobar supervivencia ante el Instituto, por lo menos cada seis meses o en la forma y términos que establezca este Organismo de Gobierno. Los pensionados deberán presentar los documentos identificados en los numerales 1 y 2 si la comprobación de supervivencia es presencial; el documento 28, según corresponda, si la comprobación de supervivencia no es presencial y es dentro de la República Mexicana; el documento 29, según corresponda, si la comprobación de supervivencia se realiza en el extranjero.

13. Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios, a efecto de identificar a las personas que tendrán derecho a recibir las prestaciones en especie y en dinero que la Ley del Seguro Social les otorga.

14. El pago de la pensión o subsidios, a través de acreditamiento en cuenta requiere que el solicitante proporcione la información y documentación relativa a la cuenta bancaria y Clave Bancaria Estandarizada a su nombre, en la que se realizarán los depósitos correspondientes, aperturada en cualquiera de las instituciones de crédito autorizadas por el Instituto.

15. Para los trámites que se enuncian en el presente Acuerdo, las inconsistencias, diferencias, errores en el nombre de los asegurados, pensionados o beneficiarios, asentado en los documentos oficiales que presentan adjuntos a su solicitud, será motivo de prevención. En

este sentido, el solicitante deberá agotar los procedimientos administrativos o judiciales que correspondan ante las autoridades emisoras de los documentos que permitan la aclaración, rectificación, modificación o la figura que proceda respecto del nombre.

Si de la información proporcionada se infiere la existencia de más de una CURP expedida al interesado, se orientará a éste para que acuda a los Servicios de Afiliación Vigencia a realizar la aclaración correspondiente.

16. Si el pensionado llega a cambiar su domicilio dentro de la República Mexicana o al extranjero, deberá realizar el trámite "*solicitud de registro y actualización de derechohabientes*", ante los servicios de Afiliación Vigencia, a efecto de determinar la circunscripción institucional que corresponda para el otorgamiento de las prestaciones, con dicho comprobante (documento 23) se presentará en la ventanilla de Prestaciones Económicas.

Asimismo, si el pensionado cambia su cuenta bancaria para el pago de su pensión, deberá realizar el trámite "Solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo o en el monto del pago de la misma y por cambio de cuenta bancaria".

Si el pensionado traslada su domicilio en el extranjero, podrá continuar recibiendo el pago de su pensión en la institución bancaria nacional que determine y que esté autorizada por el Instituto, asumiendo los gastos administrativos por las disposiciones que se efectúen en el extranjero.

Si el pensionado traslada su domicilio en el extranjero y decide que el pago de su pensión se realice a través de una institución bancaria extranjera, ubicada en el país de su residencia, podrá solicitar que el Instituto realice el depósito correspondiente, cuyos gastos administrativos de traslado de los fondos correrán por cuenta del pensionado. En este caso, el pensionado deberá informar al Instituto el número de cuenta, Clave Bancaria Estandarizada o su equivalente, código internacional, localidad, sucursal e Institución de Crédito con la que apertura la nueva cuenta a su nombre para recibir el pago de la pensión, de acuerdo con la disponibilidad del servicio que para dichas transferencias determine el Instituto. Adicionalmente, deberá presentar al Instituto, el documento 24 ó 25, según corresponda.

El pensionado podrá solicitar la aplicación de convenio internacional de seguridad social en materia de pensiones, en caso de existir, suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, para recibir el pago de esa prestación en los términos señalados en dicho convenio.

17. En cumplimiento con lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPPO) publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 9 de mayo de 2016 y el 26 de enero de 2017 respectivamente, el Instituto Mexicano del Seguro Social, organismo público descentralizado cuyo objetivo se encuentra regulado en el artículo 4 de la Ley del Seguro Social, al establecer entre otras finalidades garantizar la protección de los medios de subsistencia, así como el otorgamiento de

una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

En este sentido, el Instituto requiere diversos datos personales de los solicitantes, a fin de allegarse de los elementos necesarios para determinar sobre la procedencia de otorgar la prestación económica solicitada. Estos datos personales no serán difundidos, distribuidos o comercializados y serán protegidos conforme al artículo 22 de la Ley del Seguro Social y de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así como la demás normatividad aplicable a la materia, por lo cual el Instituto Mexicano del Seguro Social se compromete a tratar dicha información invariablemente, de conformidad con los principios de licitud, finalidad, lealtad, consentimiento, calidad, proporcionalidad, información y responsabilidad en el tratamiento de datos personales, garantizando las medidas de seguridad de carácter administrativo, físico y técnico para la protección de los datos personales, así como su confidencialidad, integridad y disponibilidad.

En todo momento el titular o su representante de los datos personales podrán solicitar a este Instituto el Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición al tratamiento de los datos personales (derechos ARCO) que le conciernen, en la manera y términos que para tal efecto la ley respectiva señale.

Los servidores públicos del Instituto que registran, actualizan, administran o tienen acceso a los datos personales de los solicitantes de los trámites en materia de prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, en el ejercicio de sus actividades, funciones o intervención en cualquier fase del tratamiento, se obligan y son responsables de mantener confidencialidad respecto de dicha información.

Los formatos relacionados con los trámites que se autorizan en el presente Acuerdo, contendrán un aviso de privacidad, el cual se incluirá de acuerdo con la factibilidad técnica para el mantenimiento de los sistemas, por lo que se liberarán gradualmente.

18. Los trámites presenciales identificados en los numerales 1 a 12 del Acuerdo, podrán presentarse en la Unidad de Medicina Familiar o en la Subdelegación de adscripción de 8:00 a 15:00 horas, o en el horario ampliado que determine la Delegación. Los trámites presenciales identificados en los numerales 13 a 15, se deben presentar en la Unidad de Medicina Familiar de adscripción de 8:00 a 15:00 horas; los trámites 13 a 15 podrán realizarse en la Subdelegación de adscripción sólo para la Ciudad de México y el Estado de México, en el mismo horario. El trámite en línea identificado en el numeral 15, se podrá realizar las 24 horas los 365 días del año.

19. En relación con el trámite de Solicitud de Pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, el Instituto ofrece un servicio digital denominado "Mi Pensión Digital", para que el asegurado, previo a la presentación de su trámite de solicitud de pensión, conozca a través de Internet:

a) sus datos personales y los de sus beneficiarios asociados registrados ante el Instituto;

b) sus datos afiliatorios (semanas cotizadas reconocidas, salario base de cotización, importe susceptible de retiro de los recursos de la cuenta individual);

c) el cálculo estimativo de su pensión para cada uno de los regímenes al amparo de la Ley del Seguro Social vigente y la vigente hasta el 30 de junio de 1997, a efecto de que pueda contar con la información necesaria para decidir en su momento, cuál régimen de pensión desea solicitar en su posterior trámite de pensión.

Esto permitirá que el asegurado conozca con mayor certeza la información que, en su caso, se tomará para el otorgamiento de su pensión, teniendo la oportunidad de realizar las acciones necesarias para corregirlos, de ser el caso. Esto permitirá la simplificación de su trámite de pensión.

Con base en esta información que se alojará en el aplicativo, el asegurado podrá iniciar su trámite de solicitud de pensión y, en su caso, la modificación de sus datos personales en las ventanillas institucionales.

20. El trámite de Solicitud de Pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez se realizará a través de un formato específico "Solicitud de Pensión (Cesantía en Edad Avanzada o Vejez)", para los demás trámites de solicitud de pensión, se continuará usando el formato "Solicitud de Pensión Forma IMSS (2) (42).

21. El derecho de los asegurados o sus beneficiarios para reclamar el pago de cualquier mensualidad de una pensión, asignación familiar o ayuda asistencial, así como el aguinaldo, prescribe en un año. Asimismo, los subsidios por incapacidad para el trabajo por enfermedad no profesional y maternidad; la ayuda para gastos de funeral, y el finiquito por contraer nuevas nupcias, prescribe en un año.

Los subsidios por incapacidad para trabajar derivada de un riesgo de trabajo, prescriben en dos años a partir del día en que se hubiera generado el derecho a su percepción.

LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRAMITES

I. EN ORIGINAL U ORIGINAL DE LA COPIA CERTIFICADA, ACOMPAÑADOS DE COPIA SIMPLE PARA COTEJO:

1. Identificación oficial con fotografía y firma (vigente de acuerdo con la legislación que aplique a cada una de ellas), cualquiera de las siguientes:

a) Tratándose de mexicanos:

- Credencial ADIMSS.
- Credencial para votar, expedida por el Instituto Nacional Electoral o por Instituto Federal Electoral, hasta en tanto concluya su vigencia.
- Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Cartilla del Servicio Militar Nacional emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional, con resello (en su caso).

- Documento con fotografía y firma expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio en donde reside el interesado, a través del cual se haga constar la identidad del mismo.
- Carta de Naturalización.

Para menores de edad se aceptará:

- Credencial ADIMSS.
- Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Certificado o Constancia de estudios con fotografía, expedida por institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional.
- Documento con fotografía expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio en donde reside el menor, a través del cual se haga constar la identidad del mismo.
- Cartilla del Servicio Militar Nacional emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional, para mayores de 16 años.

b) Tratándose de extranjeros:

- Pasaporte.
- Documento migratorio expedido por las Oficinas Consulares de México en el extranjero (Visa de residencia temporal, Visa de residente temporal estudiante, Visa de residencia permanente, Visa de visitante sin permiso para realizar actividades remuneradas o Visa de visitante con permiso para realizar actividades remuneradas).
- Tarjeta de residencia, expedida por el Instituto Nacional de Migración.
- Credencial ADIMSS.

2. Cualquier documento o medio de identificación emitido por el IMSS, el INFONAVIT o una AFORE, que contenga el Número de Seguridad Social y el nombre del asegurado o pensionado.

3. Comprobante de domicilio, siempre que su fecha de expedición no tenga una antigüedad mayor a tres meses previos a la presentación de la solicitud:

- Credencial para votar, expedida por el Instituto Nacional Electoral o por Instituto Federal Electoral (hasta en tanto concluya su vigencia), si manifiesta vivir en el domicilio registrado en la misma;
- Boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente).
- Estado de cuenta de servicio telefónico (fijo).
- Recibo de consumo de agua.
- Recibo del servicio de Luz.
- Recibo del servicio de gas.

- Constancia de residencia emitida por la autoridad municipal, ejidal o Alcaldía (antes delegación).

4. Clave Unica de Registro de Población (CURP), copia simple o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, salvo en los casos en que el solicitante tenga nacionalidad diferente a la mexicana y residan en el extranjero. También podrá aceptarse para satisfacer este requisito, la presentación de la credencial ADIMSS que contenga el dato de la CURP.

5. Estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual o contrato firmado con la AFORE, con una antigüedad no mayor a seis meses previos a la fecha de la solicitud de la pensión o de la prestación económica de que se trate, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997.

6. Constancia de la inscripción del asegurado en el Registro Federal de Contribuyentes (copia simple), con homoclave a 13 posiciones, a través de la presentación de cualquiera de los documentos siguientes:

- Constancia de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes.
- Cédula de Identificación Fiscal.
- Comprobante de pago de salario, Estado de Cuenta de su Cuenta Individual AFORE, factura fiscal expedida a su favor, en general, cualquier documento que contenga dicho dato.

7. Documento expedido por la institución de crédito autorizada por el Instituto, dentro de la circunscripción de que se trate, en el cual se identifique el número de cuenta y Clave Bancaria Estandarizada, a favor del solicitante para recibir el pago de la pensión o del subsidio, según corresponda.

Este documento se deberá presentar, tratándose de solicitudes de pensión dentro de los cinco días naturales siguientes a la elección del régimen de pensión de la Ley del Seguro Social de 1973 o de la notificación de la resolución que otorga la pensión, según sea el caso. Sin embargo, el solicitante podrá entregar dicho documento desde el día que presente su Solicitud de Pensión.

En los casos del trámite de solicitud de registro de cuenta bancaria para el pago de los subsidios, este documento se deberá presentar al momento de realizar la solicitud de forma presencial en las ventanillas.

8. Cuenta Original de los gastos de funeral (factura o documento fiscal que avala el pago de los servicios funerarios de un asegurado o pensionado del IMSS que describa cualquier gasto como es el ataúd, cremación, embalsamamiento, equipo de velación, derechos del servicio de entierro o servicios de traslado y en general gastos por servicios funerarios o de velación).

- 9. Ultima liquidación de las cuotas obrero patronales.

10. Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto de la dirigencia de la organización sindical representante de los trabajadores de la empresa solicitante del convenio, en su caso.

11. Cualquier documento que sirvan de apoyo a su solicitud, en caso de contar con ellos (recibos de pago, contratos de trabajo, comprobantes de inscripción al Seguro Social, entre otros).

12. Documento que contenga el nombre de la institución bancaria del país extranjero, su código internacional, localidad y sucursal, así como la clave de la cuenta a nombre del pensionado en la que se hará el depósito de la pensión.

13. ST-7 Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo.

II. EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA QUE QUEDARAN EN EL EXPEDIENTE:

14. Copia certificada del Acta de Nacimiento, Acta de Adopción o Reconocimiento, expedida por:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o de la Ciudad de México.
- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero prevé el derecho común y los tratados internacionales.

Se podrá recibir el Acta de Nacimiento en línea (formato único), impresa en hoja blanca tamaño carta, desde la página de Internet www.gob.mx/actas, la cual será validada por personal de prestaciones económicas en la Subdelegación correspondiente.

También se aceptarán Copia certificada del Acta de Nacimiento, Reconocimiento o Adopción, expedida con firma electrónica de las autoridades administrativas nacionales, cuyas legislaciones otorguen validez a los documentos expedidos de esa forma.

La Carta de naturalización hará las veces de Acta de Nacimiento.

15. Copia certificada del Acta de Matrimonio, expedida por alguna de las autoridades siguientes:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o de la Ciudad de México.
- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero prevé el derecho común y los tratados internacionales.

La fecha de expedición de este documento, no deberá ser mayor a 90 días naturales anteriores a la fecha de la solicitud del trámite. Adicionalmente, para el trámite de solicitud de pensión de viudez,

la expedición de la copia certificada del Acta de Matrimonio deberá ser posterior a la fecha de la defunción del asegurado o pensionado.

16. Copia certificada del Acta de Divorcio o del Acta de Matrimonio con la anotación marginal de la disolución del vínculo matrimonial, expedida por alguna de las autoridades siguientes:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o la Ciudad de México.
- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero prevé el derecho común y los tratados internacionales.

La fecha de expedición de este documento, no deberá ser mayor a 90 días naturales anteriores a la fecha de la solicitud del trámite.

17. Copia certificada del Acta de Defunción, expedida por:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o de la Ciudad de México.
- Las Representaciones Consulares de México,
- Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero prevé el derecho común y los tratados internacionales.

Para efectos de suspensión de una pensión se aceptará copia del certificado de defunción en el formato autorizado por la Secretaría de Salud, previo cotejo con el documento original, hasta que se cuente con el acta del Registro Civil, para registrar la baja por fallecimiento.

18. Copia Certificada de la resolución emitida por autoridad judicial que acredite la dependencia económica.

19. Copia Certificada de la resolución ejecutoriada emitida por autoridad judicial, que acredite la relación de concubinato, entre el beneficiario(a) y el asegurado(a) o pensionado(a) fallecido(a) durante los cinco años que precedieron inmediatamente a la muerte de este(a) último(a). Tratándose de asignaciones familiares, se acreditará la relación de concubinato, entre el beneficiario(a) y el asegurado(a) o pensionado(a) durante los cinco años que preceden inmediatamente a la solicitud de este(a) último(a).

20. Manifestación por escrito del(los) solicitante(s) del pago de las mensualidades no cobradas en vida por el pensionado, a través de la cual exprese(n), bajo protesta de decir verdad, que las personas que suscriben dicha manifestación son las que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo y que cumplen con los requisitos conforme a dicho precepto mismas que se vinculan con el pensionado fallecido.

21. Constancia de semanas cotizadas en el IMSS, que contenga cadena original, sello digital y secuencia notarial o Copia certificada de la constancia de períodos de cotización reconocidos, expedido por los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos institucionales,

al amparo del Anexo Técnico I del Convenio de Colaboración entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para el cumplimiento de lo previsto en el Título Segundo, Capítulo VIII, Sección I “De la Transferencia de Derechos entre el Instituto y el IMSS”, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (Ver trámite “*Solicitud de Constancia de Semanas Cotizadas en el IMSS, modalidad b) Constancia de Semanas Cotizadas IMSS-ISSSTE*”).

22. Constancia de estudios que acredite su inscripción del ciclo escolar del que se trate, expedida por instituciones pertenecientes al Sistema Educativo Nacional, que de conformidad con la Ley General de Educación, son:

- Las instituciones educativas del Estado y de sus organismos descentralizados.
- Las instituciones particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios; y
- Las instituciones de educación superior a las que la ley les otorga autonomía.

Se aceptarán las constancias de estudios en el extranjero, siempre que hayan sido revalidados por las autoridades educativas federal o estatal.

La constancia deberá contener:

- Nombre completo del alumno.
- Nombre y clave de la institución educativa.
- En su caso, clave de autorización o de reconocimiento de validez oficial de estudios.
- Ciclo escolar en que está inscrito el alumno y el período de la vigencia del mismo incluyendo las vacaciones escolares y administrativas.
- Lugar y fecha en que se expide la constancia.
- Sello oficial de la institución educativa.
- Firma autógrafa, nombre y cargo de quien firma la constancia. Se aceptarán constancias con firma electrónica de las instituciones que de acuerdo a su normatividad puedan expedirlas y tengan la misma validez que las constancias expedidas con firma autógrafa.

23. Constancia expedida por los servicios de Afiliación Vigencia, que acredite el cambio de domicilio, la cual deriva del trámite “solicitud de registro y actualización de derechohabientes”.

24. Constancia expedida por las representaciones Consulares mexicanas, a través de la cual se acredite el domicilio del pensionado en el país de que se trate.

25. Documento que acredite domicilio en el extranjero por autoridad administrativa o migratoria del país de que se trate, a través de la cual se acredite que el pensionado tiene su domicilio en dicho país.

26. Documento que acredite la personalidad con la que se ostente, como es alguno de los siguientes:

a) Tratándose de Apoderado o Representante Legal:

- Copia certificada del testimonio notarial a través del cual se acredite que se cuenta con poder general para actos de dominio, o bien, especial para realizar el trámite que corresponda ante el Instituto (poder notarial).

b) Tratándose de quienes ejercen la Patria Potestad:

- Copia certificada de Acta de Nacimiento, Acta de Adopción o Reconocimiento; del menor con derecho a alguna de las prestaciones en comento (original y copia simple), expedida por:
 - Las oficinas o juzgados del Registro Civil de la Entidad Federativa que corresponda o de la Ciudad de México.
 - Las Representaciones Consulares de México.
 - Gobierno Extranjero. En este caso, se debe atender a las disposiciones que sobre documentos públicos expedidos en el extranjero prevé el derecho común y los tratados internacionales.

Se podrá recibir el Acta de Nacimiento en línea (formato único), impresa en hoja blanca tamaño carta, desde la página de Internet www.gob.mx/actas, la cual será validada por personal de prestaciones económicas en la Subdelegación correspondiente.

También se aceptarán Copia certificada del Acta de Nacimiento, Reconocimiento o Adopción, expedida con firma electrónica de las autoridades administrativas nacionales, cuyas legislaciones otorguen validez a los documentos expedidos de esa forma.

- En su caso, copia certificada de la resolución judicial ejecutoriada, a través de la cual conste el ejercicio de la patria potestad a cargo del solicitante.

c) Tratándose de quienes ejercen la Tutela:

- Copia certificada de la resolución judicial ejecutoriada que acredite el auto de discernimiento de la tutela, o bien, copia certificada de Acta de Tutela.

27. Copia certificada del testimonio notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral que se ostenta como patrón. (Acta constitutiva).

28. Documento que justifique la no comparecencia física del pensionado, dentro de la República Mexicana, entre ellos:

Dentro de la República Mexicana:

i. Nota médica o constancia expedida por los servicios médicos institucionales, que acredite el internamiento en hospitales del Instituto con antigüedad de expedición hasta de 48 horas previas a la fecha en que se realice la comprobación de supervivencia.

ii. Constancia de internamiento en Centros de Readaptación Social con antigüedad de expedición hasta de 30 días naturales previos a la fecha en que se realice la comprobación de supervivencia.

iii. Nota médica elaborada en visita domiciliaria por los servicios médicos institucionales que acredite el internamiento del pensionado en otros hospitales públicos o privados, o bien, acredite que el pensionado por su condición de salud no puede acudir a comprobar supervivencia (con antigüedad de expedición hasta 48 horas previas a la fecha en que se realice la comprobación de supervivencia).

29. Documento que justifique la no comparecencia física del pensionado, en el extranjero, entre ellos:

- Constancia de "Fe de Vida", expedida por los Consulados de México en el extranjero. Este documento se entregará a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Documento que defina el Convenio Internacional que haya suscrito México con el país de que se trate, a través del cual se acredite la supervivencia del pensionado.

El pensionado deberá solicitar al Consulado o autoridad administrativa extranjera que la constancia o documento que acredite su supervivencia contenga los siguientes datos:

- Nombre(s) apellido paterno y materno.
- Número de Seguridad Social.
- Denominación del documento con el cual se identifica.
- Domicilio.
- Fotografía reciente.
- Firma del interesado. Tratándose de menor de edad o personas sujetas a tutela, será suscrito por su representante legal.
- Número consecutivo o de control de la constancia que se expide.
- Nombre y firma del servidor público que expide la constancia.
- Lugar y fecha en la que se expide la constancia.
- Sello oficial del Consulado o autoridad administrativa de que se trate.

30. Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de incapacidad o defunción por riesgos de trabajo. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

31. Dictamen de invalidez ST-4, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de invalidez del asegurado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

32. Dictamen de beneficiario incapacitado ST-6, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite que el beneficiario se encuentre totalmente incapacitado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y quedará en el expediente.

33. Constancia de los servicios médicos institucionales, a través del cual se acredite que la incapacidad que padecía el solicitante de una prestación económica, pensionado o asignatario, desapareció.

34. Constancia expedida por los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos, a través de la cual se acredite que el registro como beneficiario del asegurado o pensionado, se encuentra vigente al momento del fallecimiento de este último, o bien, tratándose de asignaciones familiares a la fecha de la solicitud.

35. Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical representante de los trabajadores de la empresa solicitante del convenio, en su caso. De no existir representación sindical, se deberá presentar el consentimiento por escrito de los trabajadores, señalando el nombre de los mismos y su Número de Seguridad Social.

36. "Solicitud de Acreditamiento en Cuenta" (formato establecido debidamente requisitado), para que el reembolso de subsidios se realice a través de depósito en cuenta de cheques a nombre de la empresa solicitante, en la institución de crédito que indique.

37. Escrito señalando el registro patronal por el que solicita el convenio, su domicilio y el número de trabajadores relacionados con dicho registro. Si la solicitud se refiere a más de un registro patronal, deberá indicar el número de trabajadores y domicilio por cada registro. Este escrito deberá ser suscrito por el patrón o su representante legal.

38. "Carta de Acreditamiento" (formato establecido debidamente requisitado) de las personas autorizadas para recibir facturas y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios.

TRAMITES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE PRESTACIONES EN DINERO

1. SOLICITUD DE PENSION DE INCAPACIDAD PERMANENTE

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del

segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31 y 40. Adicionalmente, en su caso: 14B, 14C, 15, 24, 32, 33, 34, 35, 36 y 37, del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- Del asegurado: 1, 3, 4, 5 (este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997 y si su solicitud se refiere a incapacidad con carácter permanente), 7, 14 y 30 (este último será proporcionado por los Servicios de Salud en el Trabajo).

Tratándose de Incapacidad Permanente Total, el solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial. Si requiere el otorgamiento de una asignación familiar, deberá proporcionar los documentos 1, 3, 4 y 14 de su beneficiario, así como los siguientes, según corresponda:

- Adicionalmente, por tipo de beneficiario: Esposa: 15; Concubina: 19 (entre la beneficiaria y el asegurado o pensionado, durante los cinco años que precedieron al trámite) o 14, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación

familiar, la beneficiaria y el asegurado hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato; Hijo menor y hasta 16 años: no se presentará documento adicional; Hijo de 16 años y hasta 25 años Estudiante: 22; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 32; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 34, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, para la contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro de beneficiario esposo o concubinario a fin de que éste pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar los siguientes documentos, por tipo de beneficiario:

- Esposo: 15; Concubinario: 19 ó 14 (respecto de los hijos en común, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación familiar, la asegurada y el concubinario hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato).

Esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

Para que el pensionado y sus beneficiarios puedan gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, posterior a la obtención de la resolución por la que se otorga la pensión, se deberá realizar el trámite: *"Alta en Clínica o UMF, en cualquiera de sus modalidades: A. Esposa(o); D. Concubina(rio); G. Padre o Madre; J. Hijo(a); M. Asegurado(a); Pensionado(a).*

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia. Los asegurados a los que se otorgue una pensión al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 y las otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, cuyo pago lo realiza el Instituto, incluyendo sus asignatarios, gozarán del beneficio de no comprobar supervivencia en forma presencial (en ventanilla), y para mantener dicho beneficio es necesario que mantenga actualizada su información personal, en relación con su CURP, la cual deberá coincidir con los registros del Registro Nacional de Población e Identificación Personal.

Para los pensionados y asignatarios al amparo de la Ley del Seguro Social vigente al 30 de junio de 1997, que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. Al realizar la comprobación de supervivencia se entregará un comprobante, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia. El pensionado de nacionalidad extranjera, con aplicación de convenio internacional suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, comprobará supervivencia conforme se determine en dicho instrumento internacional.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, pagadas a través de compañías aseguradoras o AFORE, la comprobación de supervivencia, se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con éstas.

2. SOLICITUD DE PENSION DE INVALIDEZ

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31 y 40. Adicionalmente, en su caso: 14C, 15, 24, 32, 33, 34, 35, 36 y 37, del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del asegurado:** 1, 3, 4, 5 (este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997 y su solicitud se refiere a invalidez con carácter definitivo), 7, 14 y 31 (este último será proporcionado por los Servicios de Salud en el Trabajo).

El solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial. Si requiere el otorgamiento de una asignación familiar, deberá proporcionar los documentos 1, 3, 4 y 14 de su beneficiario, así como los siguientes, según corresponda:

- **Adicionalmente, por tipo de beneficiario:** Esposa: 15; Concubina: 19 (entre la beneficiaria y el asegurado o pensionado, durante los cinco años que precedieron al trámite) o 14, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación familiar, la beneficiaria y el asegurado hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato; Hijo menor y hasta 16 años: no se presentará documento adicional; Hijo de 16 años y hasta 25 años Estudiante: 22; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 32; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 34, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, para la contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro de beneficiario esposo o concubinario a fin de que éste pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar los siguientes documentos, por tipo de beneficiario:

- Esposo: 15; Concubinario: 19 ó 14 (respecto de los hijos en común, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación familiar, la asegurada y el concubinario hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato).

Esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

Para que el pensionado y sus beneficiarios puedan gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, posterior a la obtención de la resolución por la que se otorga la pensión, se deberá realizar el trámite: *“Alta en Clínica o UMF, en cualquiera de sus modalidades: A. Esposa(o); D. Concubina(rio); G. Padre o Madre; J. Hijo(a); M. Asegurado(a); Pensionado(a).”*

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia. Los asegurados a los que se otorgue una pensión al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 y las otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997,

cuyo pago lo realiza el Instituto, incluyendo sus asignatarios, gozarán del beneficio de no comprobar supervivencia en forma presencial (en ventanilla), y para mantener dicho beneficio es necesario que mantenga actualizada su información personal, en relación con su CURP, la cual deberá coincidir con los registros del Registro Nacional de Población e Identificación Personal.

Para los pensionados y asignatarios al amparo de la Ley del Seguro Social vigente al 30 de junio de 1997, que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. Al realizar la comprobación de supervivencia se entregará un comprobante, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia. El pensionado de nacionalidad extranjera, con aplicación de convenio internacional suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, comprobará supervivencia conforme se determine en dicho instrumento internacional.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, pagadas a través de compañías aseguradoras o AFORE, la comprobación de supervivencia, se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con éstas.

3. SOLICITUD DE PENSION DE CESANTIA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanuda a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 36 y 44.

Adicionalmente, en su caso: 17, 18, 19, 28, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 39, 40 y 41 del formato denominado "Solicitud de Pensión" (Cesantía en Edad Avanzada o Vejez).

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del asegurado:** 1, 7 y 14.

El solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial. Si requiere el otorgamiento de una asignación familiar, deberá proporcionar los documentos 1, 3 y 14 de su beneficiario, así como los siguientes, según corresponda:

- **Adicionalmente, por tipo de beneficiario:** Esposa: 15; Concubina: 19 (entre la beneficiaria y el asegurado o pensionado, durante los cinco años que precedieron al trámite) o 14, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación familiar, la beneficiaria y el asegurado hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato; Hijo menor y hasta 16 años: no se presentará documento adicional; Hijo de 16 años y hasta 25 años Estudiante: 22; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 32; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado (este será aplicable sólo cuando los ascendientes no se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del asegurado al momento de suscribir su solicitud de pensión).

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, para la contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro de beneficiario esposo o concubinario a fin de que éste pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar los siguientes documentos, por tipo de beneficiario:

- **Esposo:** 15; Concubinario: 19 ó 14 (respecto de los hijos en común, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación familiar, la asegurada y el concubinario hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido

libres de matrimonio durante el concubinato). Cualquiera de estos dos últimos documentos, sólo se presentarán cuando el concubinario no se encuentra registrado como beneficiario de la asegurada al momento de suscribir la solicitud de pensión.

Esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia. Los asegurados a los que se otorgue una pensión al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 y las otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, cuyo pago lo realiza el Instituto, incluyendo sus asignatarios, gozarán del beneficio de no comprobar supervivencia en forma presencial (en ventanilla), y para mantener dicho beneficio es necesario que mantenga actualizada su información personal, en relación con su CURP, la cual deberá coincidir con los registros del Registro Nacional de Población e Identificación Personal.

Para los pensionados y asignatarios al amparo de la Ley del Seguro Social vigente al 30 de junio de 1997, que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. Al realizar la comprobación de supervivencia se entregará un comprobante, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia. El pensionado de nacionalidad extranjera, con aplicación de convenio internacional suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, comprobará supervivencia conforme se determine en dicho instrumento internacional.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras o AFORE, la comprobación de supervivencia, se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con éstas.

4. SOLICITUD DE PENSION DE RETIRO

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1997.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de

prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31 y 40. Adicionalmente, en su caso: 14C, 15, 24, 32, 33, 34, 35, 36 y 37, del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del asegurado:** 1, 3, 4, 5, 7 y 14.

El solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial. Si requiere el otorgamiento de una asignación familiar, deberá proporcionar los documentos 1, 3, 4 y 14 de su beneficiario, así como los siguientes, según corresponda:

- **Adicionalmente, por tipo de beneficiario:** Esposa: 15; Concubina: 19 (entre la beneficiaria y el asegurado o pensionado, durante los cinco años que precedieron al trámite) o 14, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación familiar, la beneficiaria y el asegurado hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato; Hijo menor y hasta 16 años: no se presentará documento adicional; Hijo de 16 años y hasta 25 años Estudiante: 22; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 32; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 34, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, para la

contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro de beneficiario esposo o concubinario a fin de que éste pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar los siguientes documentos, por tipo de beneficiario:

- **Esposo:** 15; Concubinario: 19 ó 14 (respecto de los hijos en común, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación familiar, la asegurada y el concubinario hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinatio).

Esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

Para que el pensionado y sus beneficiarios puedan gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, posterior a la obtención de la resolución por la que se otorga la pensión, se deberá realizar el trámite: *“Alta en Clínica o UMF, en cualquiera de sus modalidades: A. Esposa(o); D. Concubina(rio); G. Padre o Madre; J. Hijo(a); M. Asegurado(a); Pensionado(a).”*

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia. Los asegurados a los que se otorgue una pensión al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 y las otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, cuyo pago lo realiza el Instituto, incluyendo sus asignatarios, gozarán del beneficio de no comprobar supervivencia en forma presencial (en ventanilla), y para mantener dicho beneficio es necesario que mantenga actualizada su información personal, en relación con su CURP, la cual deberá coincidir con los registros del Registro Nacional de Población e Identificación Personal.

Para los pensionados y asignatarios al amparo de la Ley del Seguro Social vigente al 30 de junio de 1997, que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. Al realizar la comprobación de supervivencia se entregará un comprobante, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia. El pensionado de nacionalidad extranjera, con aplicación de convenio internacional suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, comprobará supervivencia conforme se determine en dicho instrumento internacional.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras o AFORE, la comprobación de supervivencia, se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con éstas.

5. SOLICITUD DE PENSION DE RETIRO, CESANTIA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ A TRAVES DE TRANSFERENCIA DE DERECHOS IMSS-ISSSTE

Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud:

- 12 días hábiles. La resolución se notificará en día hábil.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles. La resolución se notificará en día hábil.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31 y 40. Adicionalmente, en su caso: 14C, 15, 24, 32, 33, 34, 35, 36 y 37, del formato denominado "Solicitud de Pensión" (Cesantía en Edad Avanzada o Vejez).

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del asegurado:** 1, 3, 4, 5 (este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997), 7, 14 y 21.

Tratándose de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, en su caso, se deberá presentar además los documentos para el otorgamiento de la asignación familiar, en la modalidad que corresponda, es decir, esposa, concubina, hijo menor y hasta 16 años, hijo de 16 años y hasta 25 años estudiante, hijo mayor de 16 años incapacitado o ascendientes.

El solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial. Si requiere el otorgamiento de una asignación familiar, deberá proporcionar los documentos 1, 4, 3 y 14 de su beneficiario, así como los siguientes, según corresponda:

- **Adicionalmente, por tipo de beneficiario:** Esposa: 15; Concubina: 19 (entre la beneficiaria y el asegurado o pensionado, durante los cinco años que precedieron al trámite) o 14, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación familiar, la beneficiaria y el asegurado hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato; Hijo menor de 16 años: no se presentará documento adicional; Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante: 22; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 32; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 34, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, para la contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro de beneficiario esposo o concubinario a fin de que éste pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar los siguientes documentos, por tipo de beneficiario:

- **Esposo:** 15; Concubinario: 19 ó 14 (respecto de los hijos en común, cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la solicitud de la asignación familiar, la asegurada y el concubinario hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato).

Esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

Para que el pensionado y sus beneficiarios puedan gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, posterior a la obtención de la resolución por la que se otorga la pensión, se deberá realizar el trámite: *“Alta en Clínica o UMF, en cualquiera de sus modalidades: A. Esposa(o); D. Concubina(rio); G. Padre o Madre; J. Hijo(a); M. Asegurado(a); Pensionado(a).”*

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia. Los asegurados a los que se otorgue una pensión al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 y las otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, cuyo pago lo realiza el Instituto, incluyendo sus asignatarios, gozarán del beneficio de no comprobar supervivencia en forma presencial (en ventanilla), y para mantener dicho beneficio es necesario que mantenga actualizada su información personal, en relación con su CURP, la cual deberá coincidir con los registros del Registro Nacional de Población e Identificación Personal.

Para los pensionados y asignatarios al amparo de la Ley del Seguro Social vigente al 30 de junio de 1997, que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. Al realizar la comprobación de supervivencia se entregará un comprobante, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia. El pensionado de nacionalidad extranjera, con aplicación de convenio internacional suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, comprobará supervivencia conforme se determine en dicho instrumento internacional.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras o AFORE, la comprobación de supervivencia, se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con éstas.

6. SOLICITUD DE PENSION DE VIUDEZ

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva

solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31 y 40. Adicionalmente, en su caso: 32, 33, 34, 35, 36 y 37, del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- Del asegurado:
- **Tratándose de asegurado fallecido:** 4 y 5 (este último requisito se deberá presentar si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997) 14 y 17.

Tratándose de pensionado fallecido: 17.

- **Del beneficiario viudo cónyuge esposa, concubina, cónyuge esposo o concubinario:** 1, 3, 4, 7 y 14.

Tratándose de cónyuge esposa o esposo, 15 (cuya fecha de expedición sea posterior a la fecha de defunción de la persona asegurada o pensionada fallecida).

Tratándose de concubina o concubinario, 19 ó 14 (respecto de los hijos en común), cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la muerte de la persona asegurada o pensionada, ésta y la persona beneficiaria hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.

El solicitante será acreedor de una ayuda asistencial, cuando su estado físico requiera ineludiblemente, que lo asista otra persona de manera permanente o continua. Para elección de régimen de pensión al amparo de la Ley del Seguro Social de 1973, la ayuda asistencial se otorgará a las viudas.

Para que el pensionado pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, posterior a la obtención de la resolución por la que se otorga la pensión, se deberá realizar el trámite: "*Alta en Clínica o UMF, en cualquiera de sus modalidades: A. Esposa(o); D. Concubina(rio); G. Padre o Madre; J. Hijo(a); M. Asegurado(a); Pensionado(a).*

Es obligación de los pensionados comprobar supervivencia. Las personas a las que se otorgue una pensión al amparo de la Ley del

Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 y las otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, cuyo pago lo realiza el Instituto, gozarán del beneficio de no comprobar supervivencia en forma presencial (en ventanilla), y para mantener dicho beneficio es necesario que mantenga actualizada su información personal, en relación con su CURP, la cual deberá coincidir con los registros del Registro Nacional de Población e Identificación Personal.

Para los pensionados al amparo de la Ley del Seguro Social vigente al 30 de junio de 1997, que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. Al realizar la comprobación de supervivencia se entregará un comprobante, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia. El pensionado de nacionalidad extranjera, con aplicación de convenio internacional suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, comprobará supervivencia conforme se determine en dicho instrumento internacional.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras o AFORE, la comprobación de supervivencia, se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con éstas.

7. SOLICITUD DE PENSION DE ORFANDAD

Modalidades:

- A. Hijo menor y hasta 16 años.
 - B. Hijo mayor de 16 y hasta 25 años Estudiante.
 - C. Hijo mayor de 16 años Incapacitado.
-

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31 y 40. Adicionalmente, en su caso: 14D, 15, 32, 33, 34, 35, 36 y 37, del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del asegurado:**

Tratándose de asegurado fallecido: 4, 5 (este último requisito se deberá presentar si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997) 14 y 17.

Tratándose de pensionado fallecido: 17.

- **Del representante legal del beneficiario, en su caso:** 1, 4 y 26.
- **Del beneficiario:** 1, 3, 4, 7 y 14.
- **Documentos adicionales por Modalidad:**

A. Hijo menor y hasta 16 años. No requiere ningún documento adicional a los mencionados.

B. Hijo mayor de 16 y hasta 25 años Estudiante: 22.

C. Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 32.

Para que el pensionado pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, posterior a la obtención de la resolución por la que se otorga la pensión, se deberá realizar el trámite: "Alta en Clínica o UMF, en cualquiera de sus modalidades: A. Esposa(o); D. Concubina(rio); G. Padre o Madre; J. Hijo(a); M. Asegurado(a); Pensionado(a).

Es obligación de los pensionados comprobar supervivencia. Las personas a las que se otorgue una pensión al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 y las otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, cuyo pago lo realiza el Instituto, gozarán del beneficio de no comprobar supervivencia

en forma presencial (en ventanilla), y para mantener dicho beneficio es necesario que mantenga actualizada su información personal, en relación con su CURP, la cual deberá coincidir con los registros del Registro Nacional de Población e Identificación Personal.

Para los pensionados al amparo de la Ley del Seguro Social vigente al 30 de junio de 1997, que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. Al realizar la comprobación de supervivencia se entregará un comprobante, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia. El pensionado de nacionalidad extranjera, con aplicación de convenio internacional suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, comprobará supervivencia conforme se determine en dicho instrumento internacional.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras o AFORE, la comprobación de supervivencia, se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con éstas.

El pago de la pensión se realizará de forma mensual y comprenderá el período que acredite la constancia de estudios, incluyendo las vacaciones escolares y administrativas de la institución educativa de que se trate.

Cuando los beneficiarios hayan alcanzado los dieciséis años de edad y continúen estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, deberán presentar los comprobantes respectivos (documento 22) para que opere la prórroga y sigan disfrutando del goce de la pensión hasta cumplir los 25 años de edad, siempre que no sea sujeto del régimen obligatorio.

Tratándose de los hijos mayores de dieciséis años, que no pueda mantenerse por su propio trabajo, debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, continuarán disfrutando de la prestación hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padece.

Cuando los beneficiarios hayan alcanzado los dieciséis años de edad y no continúen estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, o bien, hayan alcanzado una edad mayor a ésta y hasta los veinticinco años, habiendo realizado estudios prorrogándose el goce de la pensión y dejen de realizar estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, cesará su derecho al goce de la pensión y serán acreedores al pago de un finiquito equivalente a tres mensualidades de la pensión. En este sentido, tratándose de las pensiones de orfandad al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997, invariablemente el Instituto Mexicano del Seguro Social realizará por oficio el pago del finiquito señalado, cuando los pensionados por orfandad cumplan los dieciséis años de edad y, en su caso, procederá a realizar los pagos de pensión por la prórroga a que tenga derecho el menor.

8. SOLICITUD DE PENSION DE ASCENDIENTES

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31 y 40. Adicionalmente, en su caso: 32, 33, 34, 35, 36 y 37, del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del asegurado:**

Tratándose de asegurado fallecido: 4 y 5 (este último requisito se deberá presentar si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997) 14 y 17.

Tratándose de pensionado fallecido: 17.

- **Del beneficiario:**
- 1, 3, 4, 7, 14 y
- 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 34, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Para que el pensionado pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, posterior a la obtención de la resolución por la que se otorga la pensión, se deberá realizar el trámite: *“Alta en Clínica o UMF, en cualquiera de sus modalidades: A. Esposa(o); D. Concubina(rio); G. Padre o Madre; J. Hijo(a); M. Asegurado(a); Pensionado(a).”*

Es obligación de los pensionados comprobar supervivencia. Las personas a las que se otorgue una pensión al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 y las otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, cuyo pago lo realiza el Instituto, gozarán del beneficio de no comprobar supervivencia en forma presencial (en ventanilla), y para mantener dicho beneficio es necesario que mantenga actualizada su información personal, en relación con su CURP, la cual deberá coincidir con los registros del Registro Nacional de Población e Identificación Personal.

Para los pensionados al amparo de la Ley del Seguro Social vigente al 30 de junio de 1997, que residen en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. Al realizar la comprobación de supervivencia se entregará un comprobante, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia. El pensionado de nacionalidad extranjera, con aplicación de convenio internacional suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, comprobará supervivencia conforme se determine en dicho instrumento internacional.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras o AFORE, la comprobación de supervivencia, se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con éstas.

9. SOLICITUD DE MODIFICACION DE PENSION POR FINIQUITO POR CONTRAER NUEVAS NUPCIAS

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del

segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, y 46. Adicionalmente, en su caso 16, 17, 18, 19, 38, 39, 41, 42, 43, 44 y 45 del formato denominado "Solicitud de modificación de pensión".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del pensionado:** 1, así como 15, tratándose de pensionada viuda o concubina bajo el Régimen de pensión en la Ley del Seguro Social 1973 y pensionado(a) viudo(a) esposa(o) o concubina(rio) bajo el Régimen de pensión en la Ley del Seguro Social de 1997.

Para pensiones de elección del Régimen de la Ley del Seguro Social de 1997, el finiquito será pagado por la compañía aseguradora con la que el pensionado haya contratado.

10. SOLICITUD DE MODIFICACION DE PENSION POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CALCULO O EN EL MONTO DEL PAGO DE LA MISMA Y POR CAMBIO DE CUENTA BANCARIA

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 22 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1973.
- 45 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1997. La resolución se entregará en día hábil.
- El mismo día, tratándose de cambio de cuenta bancaria.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 12 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1973.
- 20 días hábiles, tratándose de elección del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1997.

No aplica, tratándose de cambio de cuenta bancaria.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 37, 38 y 46. Adicionalmente, en su caso 16, 17, 18, 19, 20, 21, 39; 28, 29, 30, 31, 32, 33, 37; 34, 35, 36; 41, 42, 43, 44 y 45 del formato denominado "Solicitud de modificación de pensión".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del pensionado:** 1, 2, 11 y, en su caso, 6.

Tratándose de cambio de cuenta bancaria los documentos 1, 2 y 7.

Este trámite, se refiere a Aclaraciones relativas a:

- i. Semanas de Cotización.
- ii. Salario Base de Cotización.
- iii. Calificación de Riesgos de Trabajo.
- iv. Porcentaje de Valuación Médica.
- v. Inexistencia del Estado de Invalidez.
- vi. Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social (Régimen del Seguro Social 1973).
- vii. Fecha de inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el trabajo.
- viii. Errores aritméticos o informáticos.
- ix. Nuevo asignatario o beneficiario de pensión.
- x. Cambio de cuenta bancaria para el pago de las mensualidades de pensión. Si al momento de realizar la transferencia del pago de la pensión, el IMSS detecta error en la información proporcionada de la cuenta bancaria, no podrá realizarse el pago correspondiente, por lo que el pensionado deberá presentarse a realizar las aclaraciones correspondientes.

11. SOLICITUD PARA EL PAGO DE MENSUALIDADES NO COBRADAS O RECLAMO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A LA PENSION

Modalidades:

- A. Por el pensionado.
 - B. Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado.
-

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 12 días hábiles.

Este trámite aplica a las pensiones de elección del régimen de pensión de la Ley del Seguro Social de 1973.

El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquél en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.

El Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, prevendrá por escrito al solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que se haya notificado el oficio de prevención. En ese caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquél en que el solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si el interesado presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo a petición del mismo, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo de la resolución del trámite comenzará nuevamente.

Plazo de prevención:

- 08 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 21, del formato denominado "Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

A. Por el pensionado:

- **Del pensionado:** 1, y 6.

B. Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado:

- **Del pensionado:** 17.

En este supuesto el pago de las diferencias o las mensualidades no cobradas en vida del pensionado, se entregarán a las personas que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo.

- **Del solicitante:** 1, 3, 4 y 20.

Adicionales por solicitante:

- **De la viuda o viudo cónyuge:** 15.
- **Hijos menores de dieciocho años:** 14.
- **Hijos mayores de dieciocho años con incapacidad de cincuenta por ciento o más:** 14 y 32. Tendrá derecho a recibir las mensualidades si tiene una incapacidad del cincuenta por ciento o más.
- **Hijo mayor de dieciocho y hasta veinticinco años, estudiante:** 14 y 22.
- **Ascendientes que dependían económicamente del pensionado:** 14 (del pensionado).
- **Concubina o concubinario (sólo a falta de cónyuge):** 19 ó 14 (respecto de los hijos en común), cuando sin haber cumplido la temporalidad de cinco años de vida marital inmediatos anteriores a la fecha de la muerte de la persona pensionada, ésta y la persona beneficiaria hubieren procreado hijos, siempre que ambas hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.
- **Las personas que dependían económicamente del pensionado:** 18.

12. SOLICITUD PARA PRESTAMO A CUENTA DE PENSION DEL REGIMEN DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1973

Plazo máximo de la resolución:

- El mismo día en que se presenta la solicitud.

Plazo de prevención:

- No aplica.

Vigencia de la resolución:

- Temporal, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Este trámite aplica a las pensiones otorgadas conforme a la Ley del Seguro Social de 1973. No se otorgarán préstamos a cuenta de pensión a los titulares de las pensiones alimenticias, por Incapacidad Permanente (provisional) e Invalidez (temporal).

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 17, del formato denominado "Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del régimen de la Ley del Seguro Social 1973".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del pensionado:** 1 y 2.
- Los préstamos a cuenta de pensión otorgados por las entidades financieras a los pensionados de los regímenes de la Ley del Seguro Social 1973 y 1997, a que se refiere el artículo 118, en correlación con el Artículo Vigésimo Noveno Transitorio, de la Ley del Seguro Social (Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 28 de mayo de 2012), se tramitarán en la forma y términos previstos en el convenio que dichas entidades financieras hayan celebrado con el Instituto, debiendo el pensionado otorgar su consentimiento expreso para que este Instituto descuenta de la pensión que le corresponda los importes relativos al pago del préstamo y los entregue a la entidad financiera que lo otorgó.

13. SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE MATRIMONIO

Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud:

- 12 días hábiles.

Plazo de prevención:

- No aplica.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15 y 29 del formato denominado "Solicitud de Otorgamiento de Ayudas".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

Del asegurado:

- 1, 2, 15 (la copia certificada que se presente de este documento se devolverá al interesado una vez cotejada la copia simple que adjunte; puede ser de cualquier fecha de expedición), 5 (sólo se presenta en copia simple) y 4.
- Si el asegurado tiene registrado ante el Instituto, como su beneficiario a otro cónyuge deberá exhibir cualquiera de los documentos siguientes según se trate: 17 (del cónyuge beneficiario) o 16.

El asegurado sólo podrá ejercer este derecho por una sola vez. No tendrá derecho por los posteriores matrimonios que contraiga.

Es obligación del asegurado mantener actualizado el registro de sus beneficiarios legales, por lo que de tener registrado a otro cónyuge, concubina o concubinario, deberá dar aviso a los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos a través del trámite correspondiente,

del registro del cónyuge por el que solicita la ayuda para gastos de matrimonio.

14. SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL

Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud:

- 12 días hábiles.

Plazo de prevención:

- No aplica.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 29 del formato denominado "Solicitud de Otorgamiento de Ayudas".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- **Del solicitante:** 1.
- **Del asegurado o pensionado:**
 - 2, 17 (la copia certificada que se presente de este documento se devolverá al interesado una vez cotejada la copia simple que adjunte), 8 y 4. Tratándose de fallecimiento de un asegurado por Riesgo de Trabajo, además se deberá presentar: 13.

15. SOLICITUD DE PAGO DE SUBSIDIOS

Modalidades:

- A.** En cuenta bancaria, en línea: Registro, Modificación y Baja.
 - B.** En cuenta bancaria, en ventanilla: Registro, Modificación y Baja.
 - C.** Celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios.
-

Modalidad A:

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- El mismo día.

Plazo de prevención:

- El mismo día.

Vigencia de la resolución

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 18, adicionalmente tratándose de modificación de cuenta bancaria los numerales 8 y 9, del formato denominado "Solicitud de registro de pago de subsidios en cuenta bancaria".

Documentos:

Al ser un trámite digital, no debe presentarse ningún documento, únicamente es necesario el uso de la Firma Electrónica Avanzada, a través de los certificados vigentes que emita el Servicio de Administración Tributaria en favor del asegurado.

En cualquier momento el asegurado podrá modificar su cuenta bancaria y la cuenta CLABE asociada, o en su caso, cancelar el servicio de pago de subsidio en cuenta bancaria.

Los trabajadores cuyos patrones tengan celebrado con el Instituto un Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios, no podrán recibir el pago de los subsidios en su cuenta bancaria, seguirán recibiendo a través de su patrón.

Los asegurados que no deseen recibir por el pago del subsidio en su cuenta bancaria, continuarán recibiendo el pago de los subsidios a su favor en las ventanillas de las instituciones bancarias autorizadas, con la presentación del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo que expiden los servicios médicos del Instituto.

Esta modalidad de trámite únicamente puede realizarse en línea ingresando al aplicativo interoperable para el Pago de Subsidio en Cuenta Bancaria, usando la Firma Electrónica Avanzada cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria. De no realizarse la validación en línea de la Firma Electrónica Avanzada, no podrá realizarse el trámite en forma digital, por lo que podrá acudir a las ventanillas de prestaciones económicas en las Unidades de Medicina Familiar a realizar dicho trámite en forma presencial.

Las personas aseguradas que no cuenten con la Firma Electrónica Avanzada podrán ingresar al aplicativo con su Clave Unica de Registro de Población para compilar su solicitud, la cual deberán formalizar personalmente en las ventanillas de prestaciones económicas de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción.

La solicitud del trámite también podrá realizarse en su totalidad de forma presencial en las ventanillas de prestaciones económicas en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social que le corresponda (ver modalidad B), en un horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

La Firma Electrónica Avanzada tendrá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, por lo que se considerará responsable de los actos emitidos a la persona titular de la misma.

Modalidad B:**Plazo máximo de la resolución del trámite:**

- El mismo día.

Plazo de prevención:

- El mismo día.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 18, adicionalmente tratándose de modificación de cuenta bancaria los numerales 8 y 9, del formato denominado "Solicitud de registro de pago de subsidios en cuenta bancaria".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

Del asegurado:

- Los numerales 1, 2 y 7 (este último no se requiere para dar de baja el registro de su cuenta bancaria).

Las personas aseguradas que no cuenten con la Firma Electrónica Avanzada podrán ingresar al aplicativo que el IMSS pone a disposición para solicitar que el pago de los subsidios a que tenga derecho a recibir, se realicen a través de la transferencia electrónica en su cuenta bancaria, con su Clave Unica de Registro de Población para compilar su solicitud, la cual deberán formalizar personalmente en las ventanillas de prestaciones económicas de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción.

La solicitud del trámite también podrá realizarse en su totalidad, de forma presencial en las ventanillas de prestaciones económicas en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (Unidad Tramitadora y de Control) que le corresponda, en un horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

En cualquier momento el asegurado podrá modificar su cuenta bancaria y la cuenta CLABE asociada, o en su caso, cancelar el servicio de pago de subsidio en cuenta bancaria.

Los trabajadores cuyos patrones tengan celebrado con el Instituto un Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios, no podrán recibir el pago de los subsidios en su cuenta bancaria, seguirán recibéndolos a través de su patrón.

Los asegurados que no deseen recibir por el pago del subsidio en su cuenta bancaria, continuarán recibiendo el pago de los subsidios a su favor en las ventanillas de las instituciones bancarias autorizadas, con la presentación del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo que expiden los servicios médicos del Instituto.

Modalidad C:

Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud:

- 20 días hábiles.

Plazo de prevención:

- 12 días hábiles.

Vigencia de la resolución:

- No aplica.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19, del formato denominado "Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

- "Solicitud de celebración de Convenio" (formato establecido), en original y copia.
- Tratándose de patrón persona física: 1, 9, 10, 35, 36, 37 y 38.
- Tratándose de patrón persona moral: 1 y en su caso 26 (del Representante legal), 27, 9, 10, 35, 36, 37 y 38.

Tratándose de los trabajadores cuyos patrones tengan celebrado con el Instituto un Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios, seguirán recibiendo el pago de los subsidios a su favor a través de su patrón.

16. SOLICITUD DE PAGO DE LICENCIA POR CUIDADOS MEDICOS DE HIJOS DE HASTA DIECISEIS AÑOS, APLICACION DEL ARTICULO 140 BIS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

Modalidades:

- A. En cuenta bancaria, en línea: Registro y Modificación.
- B. En cuenta bancaria, en ventanilla: Registro y Modificación.

MODALIDAD A:

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- El mismo día.

Plazo de prevención:

- El mismo día.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 18, adicionalmente tratándose de modificación de cuenta bancaria los numerales 8 y 9, del formato denominado "Solicitud de registro de pago en cuenta bancaria, de licencia por cuidados médicos de hijos de hasta de dieciséis años, aplicación del artículo 140 Bis de la Ley del Seguro Social".

Documentos:

Al ser un trámite digital, no debe presentarse ningún documento, únicamente es necesario el uso de la Firma Electrónica Avanzada, a través de los certificados vigentes que emita el Servicio de Administración Tributaria en favor del asegurado.

En cualquier momento el asegurado podrá modificar su cuenta bancaria y la cuenta CLABE asociada.

Esta modalidad de trámite únicamente puede realizarse en línea ingresando al aplicativo interoperable para el Pago de Subsidio en Cuenta Bancaria, usando la Firma Electrónica Avanzada cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria. De no realizarse la validación en línea de la Firma Electrónica Avanzada, no podrá realizarse el trámite en forma digital, por lo que podrá acudir a las ventanillas de prestaciones económicas en las Unidades de Medicina Familiar a realizar dicho trámite en forma presencial.

Las personas aseguradas que no cuenten con la Firma Electrónica Avanzada podrán ingresar al aplicativo con su Clave Unica de Registro de Población para compilar su solicitud, la cual deberán formalizar personalmente en las ventanillas de prestaciones económicas de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción.

La solicitud del trámite también podrá realizarse en su totalidad de forma presencial en las ventanillas de prestaciones económicas en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social que le corresponda (ver modalidad B), en un horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

La Firma Electrónica Avanzada tendrá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, por lo que se considerará responsable de los actos emitidos a la persona titular de la misma.

Modalidad B:**Plazo máximo de la resolución del trámite:**

- El mismo día.

Plazo de prevención:

- El mismo día.

Vigencia de la resolución:

- Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Datos:

Los identificados con los numerales: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 18, adicionalmente tratándose de modificación de cuenta bancaria los numerales 8 y 9, del formato denominado "*Solicitud de registro de pago en cuenta bancaria, de licencia por cuidados médicos de hijos de hasta de dieciséis años, aplicación del artículo 140 Bis de la Ley del Seguro Social*".

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado "Lista de documentos a presentar en los trámites":

Del asegurado:

- Los numerales 1, 2 y 7 (este último no se requiere para dar de baja el registro de su cuenta bancaria).




Las personas aseguradas que no cuenten con la Firma Electrónica Avanzada podrán ingresar al aplicativo que el IMSS pone a disposición para solicitar que el pago de la licencia por cuidados médicos a que tenga derecho a recibir, se realicen a través de la transferencia electrónica en su cuenta bancaria, con su Clave Unica de Registro de Población para compilar su solicitud, la cual deberán formalizar personalmente en las ventanillas de prestaciones económicas de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción.

La solicitud del trámite también podrá realizarse en su totalidad, de forma presencial en las ventanillas de prestaciones económicas en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (Unidad Tramitadora y de Control) que le corresponda, en un horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.




En cualquier momento el asegurado podrá modificar su cuenta bancaria y la cuenta CLABE asociada para pago de licencia por cuidados médicos en cuenta bancaria.

ANEXO "B"

Anexo que comprende los formatos y sus instructivos de llenado que respaldan los trámites correspondientes a las prestaciones en dinero previstas en la Ley del Seguro Social, mismos que forman parte del presente Acuerdo.

| gov.mx | | | | | | |
|---|---|--|---------------------------|---|--------------------|-----------|
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | |
| SOLICITUD DE PENSIÓN | | | | FORMA IMSS (2) (42) | | |
| Delegación (1) | | | | FOLIO NO. | (4) | |
| Subdelegación (2) | | | | | | |
| Unidad Receptora (3) | | | | | | |
| I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO | | | | | | |
| (5) | (6) | M () F () (7) | | (8) | (9) | |
| Número de Seguridad Social | C.U.R.P. | Sexo | | Fecha de Nacimiento | Fecha de Defunción | |
| (10) | (10) | | (10) | | | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | | Nombre(s) | | | |
| (11) | (12) | | (13) | | | |
| Estado Civil | AFORE (Nombre) | | R.F.C. con Homoclave | | | |
| II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA (14 A) | | | | | | |
| Incapacidad Permanente () | Retiro () | Vejez () | | | | |
| Invalidez () | Cesantía en Edad Avanzada () | Viudez () | | | | |
| Orfandad () | Ascendientes () | Portabilidad IMSS-ISSSTE () | | | | |
| | | Aplicación de Convenio Internacional () | | | | |
| II.1 EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE (14 B) | | | | | | |
| Indemnización Global () | Indemnización Global () o Pensión () | | | Pensión () | | |
| La valuación es de hasta el 25%. | La valuación es mayor al 25% y hasta el 50%. No procederá modificar la forma de pago una vez elegido (art. 58 fracción III). | | | La valuación es mayor al 50%. | | |
| II.2 EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR (14 C) | | | | | | |
| SI () | | | NO () | | | |
| Esposa o concubina () | Hijo menor y hasta 16 años () | | Procede ayuda asistencial | | | |
| Hijo mayor de 16 años incapacitado () | Ascendientes: Padre () Madre () | | | | | |
| Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante () | | | | | | |
| II.3 EN CASO DE PRORROGA DE PENSIÓN DE ORFANDAD (14 D) | | | | | | |
| Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante () | Hijo mayor de 16 años incapacitado () | | | | | |
| Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentra(n) inscrito(s) en la Institución educativa (15) con clave (15) al ciclo escolar (15) y año escolar (15); se entrega constancia de estudios con una vigencia de (15) a (15) con fecha y lugar de expedición (15). | | | | | | |
| III. DATOS DEL SOLICITANTE | | | | | | |
| (16) | | | | | | |
| Apellido Paterno (17) | Apellido Materno | | Nombre(s) | | (20) | |
| C.U.R.P. (21) | Domicilio Calle y No. | | Colonia | | C.P. | |
| Ciudad o Entidad (21) | Correo Electrónico (22) | | Teléfono (23) | | | |
| En este acto, autorizo al Instituto para que me informe de cualquier aviso relacionado con este trámite, al correo electrónico y/o al número telefónico que proporcioné. Transcurridos ocho días hábiles a la presentación de ésta, me comprometo a presentarme en esta ventanilla para enterarme sobre la procedencia de la solicitud de pensión. | | | | | | |
| IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS O ASIGNATARIOS FAMILIARES | | | | | | |
| Apellido Paterno (24) | Apellido Materno (24) | Nombre(s) (24) | Fecha de Nacimiento (24) | Parentesco (24) | Sexo (24) | CURP (24) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al Régimen Obligatorio del Seguro Social. | | | | | | |
|  GOBIERNO DE MÉXICO | |  CONAMER | |  IMSS | | |
| CONTACTO: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México. Tel. 01 800 623 33 33 http://ediciones.contactoimss.com.mx | | | | | | |

ACUERDO DE LA LSS

| gob.mx | | |
|---|--|--|
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | |
| V. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL | | |
| (25) | (25) | (25) |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |
| (26) | (27) | (28) |
| Identificación | Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición | Teléfono |
| VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO (29) | | |
| IDENTIFICACIÓN OFICIAL | | |
| Credencial ADIMSS () | Documento migratorio () | Tarjeta de residencia () |
| Credencial para votar () | Pasaporte () | Cartilla del servicio militar () |
| Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio () | Carta de naturalización () | Constancia de estudios () |
| DOCUMENTO CON NSS | | |
| IMSS () | INFONAVIT () | AFORE () |
| COMPROBANTE DE DOMICILIO | | |
| Credencial para votar, en caso de coincidir con esta () | Boleta predial, bimestral o anual del ejercicio vigente () | Estado de cuenta del servicio telefónico () |
| Recibo de consumo de agua () | Recibo del servicio de luz () | Recibo de gas () |
| Constancia de residencia emitida por la autoridad municipal ejidal o municipal () | | |
| R.F.C. | | |
| Constancia de inscripción en el registro federal de contribuyentes () | Cédula de identificación fiscal () | Comprobante de pago de salario () |
| Estado de cuenta de su cuenta individual AFORE () | Factura Fiscal expedida a su favor () | Cualquier documento que contenga el RFC () |
| C.U.R.P. () | DOCUMENTO DE AFORE () | ACTA DE DIVORCIO () |
| DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS () | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN () | ACTA DE DEFUNCIÓN () |
| CONSTANCIA DE PERIODOS DE COTIZACIÓN RECONOCIDOS IMSS- ISSSTE () | DICTAMEN ST-3 () | DICTAMEN ST-4 () |
| VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO (30) | | |
| IDENTIFICACIÓN OFICIAL | | |
| Credencial ADIMSS () | Documento migratorio () | Tarjeta de residencia () |
| Credencial para votar () | Pasaporte () | Cartilla del servicio militar () |
| Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio () | Carta de naturalización () | Constancia de estudios () |
| COMPROBANTE DE DOMICILIO | | |
| Credencial para votar, en caso de coincidir con esta () | Boleta predial, bimestral o anual del ejercicio vigente () | Estado de cuenta del servicio telefónico () |
| Recibo de consumo de agua () | Recibo del servicio de luz () | Recibo de gas () |
| Constancia de residencia emitida por la autoridad municipal o ejidal () | | |
| R.F.C. | | |
| Constancia de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes () | Cédula de identificación fiscal () | Comprobante de pago de salario () |
| Estado de cuenta individual AFORE () | Factura Fiscal expedida a su favor () | Cualquier documento que contenga el RFC () |
| C.U.R.P. () | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN () | DICTAMEN ST-6 () |
| DOCUMENTO EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS PARA PAGO DE PENSIÓN CON CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA () | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO () | CONSTANCIA VIGENTE DE REGISTRO DE BENEFICIARIO ASCENDIENTE/CONYUGE ESPOSO O CONCUBINARIO () |
| COPIA CERTIFICADA DE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONOMICA () | COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACION DEL CONCUBINATO () | CONSTANCIA DE ESTUDIOS () |
| OTROS () | | |
| VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (31) | | |
| IDENTIFICACIÓN OFICIAL | | |
| Credencial ADIMSS () | Pasaporte () | Cartilla del servicio militar () |
| Credencial para votar () | Documento migratorio () | Tarjeta de residencia () |
| Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio () | | |
| DOCUMENTO QUE ACREDITA LA PERSONALIDAD | | |
| Copia certificada del poder notarial para actos de dominio () | Copia certificada del poder notarial especial () | Acta de nacimiento () |
|    | | |
| Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Cui. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México. Tel. 01 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx | | |

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Copia certificada de la resolución judicial que acredite la tutela ()

Copia certificada del acta de tutela ()

En caso de obtener una resolución favorable, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social para que el pago de las mensualidades de pensión se realice a través de **Acreditamiento en cuenta bancaria**

Nombre del titular: (32) Institución bancaria: (32) Sucursal (número): (32)

Número de cuenta: (32) Clave Bancaria Estandarizada: (32) Acreditamiento a partir del mes de (32)

Observaciones

- El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.
- Se podrá desistir de continuar con este trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución de pensión.
- El Solicitante deberá acudir a la Unidad Receptora donde inició el trámite, en la fecha que se le indica (determinación máxima 8 días), a efecto de darle aviso de la procedencia de la solicitud y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, según corresponda. Su cita es el próximo ___ de ___ de ___, en un horario de ___ a ___ hrs.
- En caso de tener una resolución positiva de otorgamiento de pensión, para el pago de la misma, a través del Instituto, el pensionado deberá presentar documento expedido por la institución de crédito con la cual tenga celebrado convenio el Instituto, en el cual se identifique el Número de Cuenta y Clave Bancaria Estandarizada. El solicitante podrá entregar dicho documento desde el día que presente esta solicitud.
- Es obligación del pensionado y sus asignatarios comprobar supervivencia en la forma y términos que determine el Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica.
- Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.
- Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

Firma otra persona a su ruego: (33)

SI () NO ()

Nombre completo (34) Identificación (35) No. ó Clave (36)

Domicilio (37)

Elaboró

(38)

(39)

(40)

Matrícula, Nombre y Firma

Lugar, Fecha y Sello

Firma o huella digital del Solicitante

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Clave: 3300-009-022

AVISO DE PRIVACIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud de pensión", en todas sus modalidades.** Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



GOBIERNO DE
MÉXICO



Contacto:
Pasaje de la Reforma 47.6, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 Ciudad de México.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

ACUERDO DE LA LSS

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| Nombre de la Forma: | | Solicitud de pensión Forma IMSS (2) (42). |
|--|---|---|
| Clave: | | 3300-009-022 |
| Objetivo: | | Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de la pensión solicitada: Incapacidad Permanente, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Retiro, Viudez, Orfandad y Ascendientes. |
| Elaborado por: | | Servicio de Prestaciones Económicas y/o el solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa, la firma o huella se pondrá hasta que sea entregado el formato y documentos en presencia de personal de los Servicios de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción que corresponda. |
| Número de Tantos: | | Original y 2 copias. |
| Distribución: | | Original: Expediente de pensión. 1a. Copia: Afiliación y Vigencia de Derechos. 2a. Copia: Solicitante. |
| No. | DATO | ANOTAR |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | Unidad Receptora: | Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.). |
| 4 | Folio: | Número consecutivo asignado a la solicitud. |
| I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO | | |
| 5 | No. de Seguridad Social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 6 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| 7 | Sexo: | "M" para masculino y "F" para femenino. |
| 8 | Fecha de Nacimiento: | Con número arábigo día, mes y año de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). |
| 9 | Fecha de Defunción: | Con número arábigo día, mes y año, de la fecha de fallecimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). |
| 10 | Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) completo del asegurado y/o pensionado. |
| 11 | Estado Civil: | Estado civil del asegurado y/o pensionado, que se debe acreditar legalmente. |
| 12 | AFORE (Nombre): | Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado. |
| 13 | R.F.C. con Homoclave: | Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. |

| | | |
|---|---|--|
| II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA | | |
| 14 A | Tipo de Trámite: | Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados. |
| 14 B | En caso de incapacidad permanente. | Una "X" en el casillero que señale el tipo de Incapacidad Permanente. |
| 14 C | En caso de asignación familiar. | Una "X" en el casillero que señale el tipo de Asignación Familiar. |
| 14 D | En caso de prórroga de pensión de orfandad. | Una "X" en el casillero que señale el tipo Prórroga de Pensión de Orfandad. |
| 15 | Manifiesto que el(los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años... | Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional. Llenar con los datos de la constancia de estudios: <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo escolar. • Año escolar. • Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). • Lugar y fecha en que se expide la constancia. |

| | | |
|------------------------------------|---------------------------|---|
| III. DATOS DEL SOLICITANTE. | | |
| 16 | Nombre del solicitante: | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno y nombre. |
| 17 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| 18 | Domicilio calle y número: | Nombre de la Calle y Número Int. y Ext., de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |
| 19 | Colonia: | Nombre de la Colonia, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |
| 20 | Código Postal: | Número de Código Postal, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |
| 21 | Ciudad o Entidad: | Nombre de la Ciudad o Entidad, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |
| 22 | Correo Electrónico: | Correo electrónico del solicitante, en su caso. |
| 23 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). |

| IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS O ASIGNATARIOS FAMILIARES. | | |
|--|--|---|
| 24 | Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Fecha de Nacimiento, Parentesco, Sexo y CURP: | <ul style="list-style-type: none"> Asentar el Apellido Paterno del beneficiario o asignatario familiar Asentar el Apellido Materno del beneficiario o asignatario familiar Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación. Asentar el sexo al cual se pertenece, "M" para masculino y "F" para femenino. Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población. |
| V. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL. | | |
| 25 | Nombre del representante legal: | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre. |
| 26 | Identificación: | Documento con el que acredite su persona. |
| 27 | Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición: | Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición. |
| 28 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). |
| VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO. | | |
| 29 | Documentos adjuntos del Asegurado y/o Pensionado: | Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el asegurado y/o pensionado del trámite respectivo. |
| VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO. | | |
| 30 | Documentos adjuntos del Solicitante y/o Beneficiario: | Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el solicitante y/o beneficiario del trámite respectivo. |
| VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN EL CASO DE REPRESENTANTE LEGAL. | | |
| 31 | Documentos adjuntos del Representante Legal: | Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados para el caso de existir un Representante Legal del trámite respectivo. |
| 32 | Nombre, Número de Cuenta, Institución Bancaria, Clave Bancaria Estandarizada, Sucursal y Acreditamiento a partir del mes de: | <ul style="list-style-type: none"> Nombre del Titular: Apellido paterno, materno y nombre (s) del titular de la cuenta bancaria. Número de cuenta: Número asignado a la cuenta por la institución bancaria. Institución bancaria: Nombre de la institución donde se apertura la cuenta bancaria. Clave Bancaria Estandarizada: Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria. Sucursal: Número de la Sucursal bancaria que controla la cuenta bancaria. Acreditamiento a partir del mes de: Mes y año de la nómina de pensionados a partir de la cual será depositado el pago mensual de la pensión en la cuenta bancaria. |
| 33 | Firma otra persona a su ruego: | Una "X" en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante. |
| 34 | Nombre de la persona que firma a ruego: | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre. |
| 35 | Identificación de la persona que firma a ruego: | Documento con el que acredite su persona. |
| 36 | Número o Clave: | Número o Clave del documento con el cual acreditó su persona. |
| 37 | Domicilio: | Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego. |
| 38 | Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de pensión y documentos probatorios en la Unidad Receptora. |
| 39 | Lugar, Fecha y Sello: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requista la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir. |
| 40 | Firma o huella digital del Solicitante: | Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste. |

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de Pensión
(Cesantía en Edad Avanzada o Vejez)

| | |
|------------------|-------------------------------|
| Folio No. | Fecha de Emisión |
| (1) | (2) / (2) / (2) DD MM AAAA |

| | |
|--|-----|
| Delegación: | (3) |
| Subdelegación: | (4) |
| Unidad de Medicina Familiar Receptora: | (5) |

| I. Datos del Asegurado o Pensionado | | | |
|---|--|-------------------------|---|
| Número de Seguridad social (6) | CURP (7) | RFC (8) | Sexo (9) <input type="radio"/> M <input type="radio"/> H |
| Nombre(s) (10) | | Primer Apellido (10) | Segundo Apellido (10) |
| Fecha de Nacimiento (11) / (11) / (11) DD MM AAAA | Fecha de Defunción (12) / (12) / (12) DD MM AAAA | Estado Civil (13) | Nombre de la AFORE (14) |

| II. Tipo de Trámite que Solicita (15) | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Incapacidad Permanente | <input type="radio"/> Retiro | <input type="radio"/> Vejez |
| <input type="radio"/> Invalidez | <input type="radio"/> Cesantía en Edad Avanzada | <input type="radio"/> Viudez |
| <input type="radio"/> Orfandad | <input type="radio"/> Ascendientes | <input type="radio"/> Portabilidad IMSS-ISSSTE |
| <input type="radio"/> Aplicación de Convenio Internacional | | |

| III. Incapacidad Permanente (Enfermedad, Accidente de Trabajo o Muerte) (16) | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Indemnización Global Si la valuación es de hasta el 25% | <input type="radio"/> Indemnización Global <input type="radio"/> Pensión Si la valuación es mayor al 25% y hasta el 50% Una vez elegido no se podrá modificar (Art. 58 Fracc. III LSS). | <input type="radio"/> Pensión Si la valuación es mayor al 50% o se trata de un dictamen con carácter provisional o fallecimiento. |

| VI. En caso de Asignación Familiar (17) | |
|---|--------------------------|
| <input type="radio"/> Si | <input type="radio"/> No |

| | | | |
|---|---|---|---|
|  |  |  | Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 01 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx |
| Página 1 de 4 | | | |



Instituto Mexicano del Seguro Social

| | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Esposa o Concubina | <input type="radio"/> Hijo Menor y hasta 16 Años | <input type="radio"/> Procede Ayuda Asistencial |
| <input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 Años Incapacitado | Ascendientes | |
| <input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 hasta 25 Años Estudiante | <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre | |

V. En caso de Prórroga de Estudios (18)

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 Años hasta 25 Años Estudiante | <input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 Años Incapacitado |
|--|--|

Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentran inscritos en la institución _____ (19) con clave _____ (19) al ciclo escolar _____ (19) y año escolar _____ (19); se entrega constancia de estudios con una vigencia _____ (19) a _____ (19), con fecha y lugar de _____ (19).

VI. Datos del Solicitante

| | | | |
|----------------------------|----------------------------|--|--------------------------|
| Nombre(s) (20) | | Primer Apellido (20) | Segundo Apellido (20) |
| CURP (21) | Código Postal (22) | Calle, Número Exterior y Número Interior (22) | Colonia (22) |
| Entidad Federativa (22) | Correo Electrónico (23) | Teléfono (Lada y Número) (24) | |

VII. Datos los Beneficiarios (25)

| | | | | | | |
|------|-----------|-----------------|------------------|---------------------|------|------------|
| CURP | Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido | Fecha de Nacimiento | Sexo | Parentesco |
|------|-----------|-----------------|------------------|---------------------|------|------------|

VIII. Datos del Representante Legal

| | | |
|------------------------|--|----------------------------------|
| Nombre(s) (26) | Primer Apellido (26) | Segundo Apellido (26) |
| Identificación (27) | Número de Poder, Fecha y Lugar de Expedición (28) | Teléfono (Lada y Número) (29) |

IX. Documentos Adjuntos del Asegurado o Pensionado (30)

| | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR | <input type="radio"/> ACTA DE NACIMIENTO | <input type="radio"/> DOCUMENTO EMITIDO POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA |
|---|--|---|

X. Documentos Adjuntos del Beneficiario (31)

| | | | |
|---|---|---|---|
|  |  |  | Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 01 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx |
| Página 2 de 4 | | | |



Instituto Mexicano del Seguro Social

XI. Documentos Adjuntos en Caso de Representante Legal (32)

En caso de obtener una resolución de pensión favorable, el pago de dicha prestación se acreditará en la siguiente cuenta bancaria:

| Titular de la Cuenta (33) | Institución Bancaria (33) | Cuenta CLABE (33) |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|
|------------------------------|------------------------------|----------------------|

XII. Avisos (34)

- Este trámite es gratuito.
- A efecto de darle aviso de la procedencia de su Solicitud de Pensión y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, podrá presentarse en la ventanilla de la Unidad de Medicina Familiar a partir del _____
- El plazo para la resolución del trámite es de 12 días hábiles los cuales se computarán a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.
- Se podrá desistir de continuar con este trámite, hasta antes de la notificación de la resolución de pensión.
- Al firmar este documento, el solicitante manifiesta la veracidad de la información mostrada en el mismo y autoriza su uso para mantener actualizados sus datos en el Instituto.
- Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al Centro de Contacto del IMSS al 01-800-623-23-23.
- Recuerde solicitar orientación en su AFORE para retirar los recursos de su cuenta individual, una vez que obtenga una resolución de pensión.

XII. Aviso de privacidad (35)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

Sus datos personales serán utilizados para verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación derivados del uso del formato "Solicitud de pensión", en todas sus modalidades.

Le informamos que se realizarán transferencia de sus datos personales, para comprobar la autenticidad de los mismos, así como transmitir los recursos de la cuenta individual de los asegurados o pensionados.

Destinatarios de los datos personales en el país que pertenecen al Gobierno Federal: Banco de México para comprobar que la cuenta CLABE, asociada a la cuenta bancaria proporcionada, pertenece al solicitante, INE o la dependencia o entidad pública que emita la identificación oficial que presenta en su solicitud para comprobar la autenticidad del documento de identificación, así como el fenotipo del solicitante, RENAPO y el SAT para comprobar la personalidad del solicitante, CONSAR a través de PROCESAR para transmitir los recursos de la cuenta individual del solicitante, el INFONAVIT para conciliar el importe de la subcuenta de vivienda 92 y 97, el ISSSTE únicamente en los trámites de pensión con transferencia de derechos IMSS-ISSSTE para realizar la transferencia de derechos que tenga el solicitante por años cotizados al ISSSTE y la CNSF para emitir documentos de oferta de las aseguradoras para aquellas solicitudes de pensión (renta vitalicia) al amparo de la Ley del Seguro Social vigente.

Asimismo, se transferirán sus datos personales a las administradoras de fondos para el retiro (AFORE) correspondientes, para efecto de consultar los saldos previos al momento de la solicitud de pensión, y a las aseguradoras con las que tiene convenio el IMSS para administrar pensiones derivadas de la Ley del Seguro Social vigente, cuando sean necesarios para atender los requerimientos de información fundados y motivados que soliciten las autoridades competentes. Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral que se encuentra publicado en la página <http://www.imss.gob.mx>, así como en las oficinas de los servicios de prestaciones económicas.

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

| | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| Firma Otra Persona a Ruego (36) | | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| Nombre(s) (37) | Primer Apellido (37) | Segundo Apellido (37) | |
| Identificación (38) | | No. o Clave (39) | |
| Código Postal (40) | Calle, Número Exterior Y Número Interior (40) | Colonia (40) | Entidad Federativa (40) |

| XIV. Firmas | | |
|---------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Entregó (41) | (42) | Interesado (43) |
| Matrícula, Nombre y Firma | Lugar, Fecha y Sello | Nombre y Firma (o Huella Digital) |

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

IMSS-01-002

(44)

Cadena Original:

Sello Digital:

Número de Serie: 0000000000000000001

Secuencia Notarial: 13c7f809-016b-4dc8-bffa-90918b238f7



Página 4 de 4

Contacto:




Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
 C. P. 06600, Ciudad de México.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atención.contactoimss.com.mx>

ACUERDO DE LA LSS

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| Nombre de la Forma: | | Solicitud de pensión (Cesantía en Edad Avanzada y Vejez) |
|---------------------------------------|---|--|
| Objetivo: | | Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de la pensión solicitada: Cesantía en Edad Avanzada y Vejez |
| Elaborado por: | | Servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción o Subdelegación que corresponda. |
| Número de Tantos: | | Dos |
| Distribución: | | 1a. Solicitante 2a. Expediente de pensión |
| No. | DATO | ANOTAR |
| 1 | Folio: | Número consecutivo asignado a la solicitud. |
| 2 | Fecha de Emisión: | Con número arábigo día, mes y año de la fecha de emisión. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). |
| 3 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 4 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 5 | Unidad de Medicina Familiar Receptora: | Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.). |
| I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO | | |
| 6 | Número de Seguridad Social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 7 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| 8 | R.F.C. con Homoclave: | Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por el Servicio de Administración Tributaria. |
| 9 | Sexo: | "M" para masculino y "F" para femenino. |
| 10 | Nombre(s), Primer Apellido y Segundo Apellido: | Nombre completo, Primer Apellido y Segundo Apellido del asegurado o pensionado. |
| 11 | Fecha de Nacimiento: | Con número arábigo día, mes y año de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). |
| 12 | Fecha de Defunción: | Con número arábigo día, mes y año, de la fecha de fallecimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). |
| 13 | Estado Civil: | Estado civil del asegurado y/o pensionado, que se debe acreditar legalmente. |
| 14 | AFORE (Nombre): | Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado. |
| II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA | | |
| 15 | Tipo de Trámite que solicita | Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados. |
| 16 | En caso de incapacidad permanente. | Una "X" en el casillero que señale el tipo de Incapacidad Permanente. |
| IV. EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR | | |
| 17 | En caso de asignación familiar. | Una "X" en el casillero que señale el tipo de Asignación Familiar. |
| V. EN CASO DE PRÓRROGA DE ESTUDIOS | | |
| 18 | En caso de prórroga de Estudios. | Una "X" en el casillero que señale el tipo Prórroga de Estudios. |
| 19 | Manifiesto que el(los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años... | Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional. Llenar con los datos de la constancia de estudios: <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo escolar. • Año escolar. • Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). • Lugar y fecha en que se expide la constancia. |
| VI. DATOS DEL SOLICITANTE. | | |
| 20 | Datos del solicitante: | Nombre completo del solicitante, empezando por nombre, primer apellido y segundo apellido. |
| 21 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| 22 | Domicilio del Asegurado: | Código postal, Calle y Número Int. Ext., Colonia, Entidad, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio. |
| 23 | Correo Electrónico: | Correo electrónico del solicitante, en su caso. |
| 24 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). |

| VII. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS | | |
|---|--|---|
| 25 | CURP, Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido, Fecha de Nacimiento, Sexo y Parentesco | <ul style="list-style-type: none"> Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población. Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar Asentar el Primer Apellido del beneficiario o asignatario familiar Asentar el Segundo Apellido del beneficiario o asignatario familiar Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). Asentar el sexo al cual se pertenece, "M" para masculino y "F" para femenino. Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación |
| VIII. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL. | | |
| 26 | Nombre del representante legal: | Nombre completo del solicitante, empezando por nombre, primer apellido, segundo apellido. |
| 27 | Identificación: | Documento con el que acredite su persona. |
| 28 | Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición: | Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición. |
| 29 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). |
| IX. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO O PENSIONADO. | | |
| 30 | Documentos adjuntos del Asegurado y/o Pensionado: | Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el asegurado y/o pensionado del trámite respectivo. |
| X. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL BENEFICIARIO. | | |
| 31 | Documentos adjuntos del Solicitante y/o Beneficiario: | Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el solicitante y/o beneficiario del trámite respectivo. |
| XI. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL. | | |
| 32 | Documentos adjuntos del Representante Legal: | Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados para el caso de existir un Representante Legal del trámite respectivo. |
| 33 | Titular de la cuenta, institución bancaria y cuenta CLABE | <ul style="list-style-type: none"> Nombre del Titular: Nombre, Primer Apellido y Segundo Apellido del titular de la cuenta bancaria. Institución bancaria: Nombre de la institución donde se apertura la cuenta bancaria. CLABE: Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria. |
| XII. AVISOS. | | |
| 34 | Avisos | Avisos del documento |
| XIII. Aviso de Privacidad | | |
| 35 | Aviso de Privacidad | Aviso de privacidad del documento. |
| 36 | Firmante a Ruego | Una "X", en el casillero que corresponda a si habrá un firmante a ruego. |
| 37 | Nombre de la persona que firma a ruego: | Nombre completo del solicitante, empezando por nombre, primer apellido y segundo apellido. |
| 38 | Identificación de la persona que firma a ruego: | Documento con el que acredite su persona. |
| 39 | Número o Clave: | Número o Clave del documento con el cual acreditó su persona. |
| 40 | Domicilio: | Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego. |
| XIV. FIRMAS | | |
| 41 | Entregó: Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, primer apellido, segundo apellido y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de pensión y documentos probatorios en la Unidad Receptora. |
| 42 | Lugar, Fecha y Sello: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requista la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir. |
| 43 | Nombre completo y firma o huella digital: | Nombre completo y firma o huella digital del asegurado, solicitante, representante legal, o persona que firma a ruego. La cual se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste. |
| 44 | Sello Digital del documento: | Sello Digital del documento. |

| gob.mx | | | |
|---|---|--|--------------------|
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN | | | |
| Delegación (1) | | FOLIO NO. (4) | |
| Subdelegación (2) | | | |
| Unidad Receptora (3) | | | |
| Finiquito (5) () | Hechos que inciden en el cálculo o en el monto de pago de la misma (5) () | | |
| Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión (5) () | Cambio de cuenta bancaria (5) () | | |
| I. DATOS DEL PENSIONADO | | | |
| (6) | (6) | (6) | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) | |
| (7) | (8) | | |
| Número de Seguridad Social | C.U.R.P. | | |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE | | | |
| (9) | (9) | (9) | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) | |
| (10) | (11) | | |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext. | | Colonia | |
| (12) | (13) | (14) | (15) |
| C.P. | Ciudad o Entidad | Teléfono | Correo Electrónico |
| III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL | | | |
| (16) | (16) | (16) | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | |
| (17) | (18) | (19) | |
| C.U.R.P. | Identificación | Teléfono | |
| Apoderado Legal (20) () Patsia Polestada (20) () Tutor (20) () | | (21) | |
| Personalidad Jurídica | | Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición | |
| IV. DATOS DE LA PENSIÓN | | | |
| (22) | (23) | | |
| Régimen | Rama | | |
| (24) | (25) | | |
| Tipo de Pensión | Grupo Familiar | | |
| V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO | | | |
| V.I EN CASO DE FINIQUITO (26) | | | |
| Finiquito por contraer nuevas nupcias (27) () | Fecha de matrimonio: (27) | | |
| Lo anterior para finiquitar la pensión que percibió conforme a la Ley del Seguro Social, en el entendido que se extinguirán con este pago todos los derechos previstos de los seguros de Riesgo de Trabajo o Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, según sea el caso. | | | |
| V.II EN CASO DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO DEL MONTO DEL PAGO DE LA MISMA (28) | | | |
| Por medio de la presente solicito la modificación de mi pensión por: | | | |
| Motivo: (29) | | | |
| Semanas de Cotización () | Porcentaje de Valuación Médica () | Fecha de inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el trabajo () | |
| Salario Base de Cotización () | Inexistencia del Estado de Invalidez () | Errores aritméticos o informáticos () | |
| Cualificación de Riesgos de Trabajo () | Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social (Régimen del Seguro Social 1973/1997) () | Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión () | |
| V. III EN CASO DE NUEVO ASIGNATARIO O BENEFICIARIO DE PENSIÓN (30) | | | |
| Nuevo asignatario (31) () | | | |
| Esposa o concubina () | Hijo menor y hasta 16 años () | Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante () | |
| Hijo mayor de 16 años incapacitado () | Ascendientes padre/madre () | | |
|    | | | |
| CONTACTO: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México. Tel. 01 800 423 23 23 http://atencion.copecciongs.com.mx | | | |

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

| | | |
|---|---|--|
| Beneficiario de pensión de orfandad (32) () | | |
| Hijo menor de hasta 16 años () | Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante () | Hijo mayor de 16 años incapacitado () |
| Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentra(n) inscrito(s) en la Institución educativa _____ con clave _____ al ciclo escolar _____ y año escolar _____; se entrega constancia de estudios con una vigencia de _____ a _____, con fecha y lugar de expedición _____ (33) | | |

V. IV CAMBIO DE CUENTA BANCARIA

| | | |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| (34) _____ | (35) _____ | (36) _____ |
| Nombre de la institución bancaria | Número de Cuenta CLABE | Acreditamiento a partir del mes de |

DATOS DEL BENEFICIARIO O ASIGNATARIO FAMILIAR (37)

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Sexo | CURP |
|------------------|------------------|-----------|---------------------|------------|------|------|
| | | | | | | |

Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el (los) beneficiario(s) hijo(s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al Régimen Obligatorio del Seguro Social.

VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS (38)

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| Credencial ADIMSS () | Documento migratorio () | Tarjeta de residencia () |
| Credencial para votar () | Pasaporte () | Cartilla del servicio militar () |
| Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio () | Carta de naturalización () | Constancia de estudios () |

DOCUMENTO CON NSS

| | | |
|----------|---------------|-----------|
| IMSS () | INFONAVIT () | AFORE () |
|----------|---------------|-----------|

R.F.C.

| | | |
|--|--|---|
| Constancia de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes () | Cédula de identificación fiscal () | Comprobante de pago de salario () |
| Estado de cuenta de su cuenta individual AFORE () | Factura Fiscal expedida a su favor () | Cualquier documento que contenga el RFC () |

DOCUMENTOS DE APOYO

| | | |
|---------------------|--------------------------|--|
| Recibos de pago () | Contratos de trabajo () | Comprobantes de inscripción al seguro social () |
|---------------------|--------------------------|--|

| | | |
|------------------------------|--------------|------------------------|
| COMPROBANTE DE DOMICILIO () | C.U.R.P. () | DOCUMENTO DE AFORE () |
|------------------------------|--------------|------------------------|

| | | |
|--|---|-------------------|
| DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS () | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN () | DICTAMEN ST-6 () |
|--|---|-------------------|

| | | |
|--|--|--|
| CONSTANCIA VIGENTE DE REGISTRO DE BENEFICIARIO ASCENDIENTE/CÓNYUGE ESPOSO O CONCUBINARIO () | COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DEL CONCUBINATO () | COPIA CERTIFICADA DE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA () |
|--|--|--|

| | | |
|--|---------------------------|-----------------------------|
| COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO () | CONSTANCIA DE ESTUDIO () | OTROS ESPECIFICAR _____ () |
|--|---------------------------|-----------------------------|

EN CASO DE FINIQUITO

| | | |
|--|--|--|
| COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO () | | |
|--|--|--|

EN CASO DE CAMBIO DE CUENTA BANCARIA

| | | |
|-----------------------|--|--|
| CONTRATO BANCARIO () | ESTADO DE CUENTA O DOCUMENTO EMITIDO POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA () | |
|-----------------------|--|--|




VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (39)

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

| | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Credencial ADIMSS () | Pasaporte () | Cartilla del servicio militar () |
| Credencial para votar () | Documento migratorio () | Tarjeta de residencia () |



Contacto:
 Pisos de la Reforma 47.6, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06400 Ciudad de México.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

| | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|--|
| gob.mx | | | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | | |
| Documento Expedido por la Delegación o Municipio () | | | | | | |
| DOCUMENTO QUE ACREDITA LA PERSONALIDAD | | | | | | |
| Copia certificada del poder notarial para actos de dominio () | Copia certificada del poder notarial especial () | Acta de nacimiento () | | | | |
| Copia certificada de la resolución judicial que acredite la tutela () | Copia certificada del acta de tutela () | | | | | |
| VIII. OBSERVACIONES (40) | | | | | | |
| <p>1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.</p> <p>2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución.</p> <p>3. El Solicitante deberá acudir a la Unidad Receptora donde inició su trámite, en la fecha que se le indica (determinación máxima 8 días), a efecto de darle aviso de la procedencia de la solicitud y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, según corresponda. Su cita es el próximo ____ de ____ de ____ en un horario de ____ a ____ hrs.</p> <p>4. Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.</p> <p>5. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.</p> | | | | | | |
| Firma otra persona a su ruego: (41) | SI () | NO () | | | | |
| Nombre completo (42) | Identificación (43) | No. o Clave (44) | | | | |
| Domicilio (45) | | | | | | |
| (46) Firma o huella digital del Solicitante | | | | | | |
| Elaboró (49) Matrícula, Nombre y Firma | (50) Lugar, Fecha y Sello | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"> Pago IMSS <input type="checkbox"/> (47) Autorizó </td> <td style="text-align: center;"> Pago Aseguradora <input type="checkbox"/> (48) Revisó </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(51) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo</td> </tr> </table> | Pago IMSS <input type="checkbox"/> (47) Autorizó | Pago Aseguradora <input type="checkbox"/> (48) Revisó | (51) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo | |
| Pago IMSS <input type="checkbox"/> (47) Autorizó | Pago Aseguradora <input type="checkbox"/> (48) Revisó | | | | | |
| (51) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo | | | | | | |
| AVISO DE PRIVACIDAD | | | | | | |
| <p>El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud de modificación de pensión", en todas sus modalidades. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx</p> | | | | | | |
|  GOBIERNO DE MÉXICO |  CONAMER <small>COMISIÓN NACIONAL DE AMBITOS TERRITORIALES</small> |  IMSS | | | | |
| <p>Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06460 Ciudad de México. Tel. 01 800 623 23 23 http://atencion.confacoimss.com.mx</p> | | | | | | |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| | | | |
|---|---|---|--|
| Nombre de la Forma: | | Solicitud de Modificación de Pensión. | |
| Objetivo: | | Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de solicitud de modificación de pensiones: Finiquito, Hechos que inciden en el cálculo o en el monto de pago de la misma y Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión, o cambio de cuenta bancaria. | |
| Elaborado por: | | Servicio de Prestaciones Económicas y/o el solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa, la firma o huella se pondrá hasta que sea entregado el formato y documentos en presencia de personal de los Servicios de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción que corresponda. | |
| Número de Tantos: | | Original y 2 copias. | |
| Distribución: | | Original: Expediente de pensión. 1a. Copia: Afiliación y Vigencia de Derechos. 2a. Copia: Solicitante. | |
| No. | DATO | ANOTAR | |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. | |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. | |
| 3 | Unidad Receptora: | Nombre de la Unidad Receptora. | |
| 4 | Folio: | Número consecutivo asignado a la solicitud. | |
| 5 | Tipo de Modificación de Pensión: | Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados. | |
| I. DATOS DEL PENSIONADO. | | | |
| 6 | Nombre del Pensionado: | Nombre completo del Pensionado, empezando por apellido paterno materno y nombre. | |
| 7 | No. de Seguridad Social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. | |
| 8 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. | |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE. | | | |
| 9 | Nombre del Solicitante: | Nombre completo del Pensionado, empezando por apellido paterno, apellido materno y nombre. | |
| 10 | Domicilio: | Nombre de la Calle y Número Int. Ext., de acuerdo con los datos consignados. | |
| 11 | Colonia: | Nombre de la Colonia, de acuerdo con los datos consignados. | |
| 12 | Código Postal: | Número del Código Postal, de acuerdo a los datos consignados. | |
| 13 | Ciudad o Entidad: | Nombre de la Ciudad o Entidad, de acuerdo a los datos consignados. | |
| 14 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). | |
| 15 | Correo Electrónico: | Correo electrónico del solicitante, en su caso. | |
| III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL. | | | |
| 16 | Nombre del representante legal: | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre. | |
| 17 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. | |
| 18 | Identificación: | Documento con el que acredite su persona. | |
| 19 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). | |
| 20 | Personalidad Jurídica: | Aquella que ostenta el representante legal que realiza el trámite. | |
| 21 | Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición: | Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición. | |
| IV. DATOS DE LA PENSIÓN | | | |
| 22 | Régimen: | Régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de Régimen que corresponde al trámite solicitado. | |
| 23 | Rama: | Clave y Nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste. | |
| 24 | Tipo de Pensión: | Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario. | |
| 25 | Grupo Familiar: | Número del Grupo Familiar al que va dirigido el trámite solicitado. | |
| V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO. | | | |
| 26 | En caso de finiquito: | Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados. | |
| 27 | Finiquito por contraer nupcias y fecha de matrimonio: | Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es finiquito por contraer nuevas nupcias. Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha del nuevo matrimonio. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). | |
| 28 | En caso de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago de la misma: | Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es por modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago. | |
| 29 | Motivo: | Una "X" en el casillero del motivo que de origen a su solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago. | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Semanas de cotización. • Fecha de inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el Trabajo. • Inexistencia del Estado de Invalidez. • Calificación del Riesgo de Trabajo. • Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión. | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de Valuación Médica. • Salario Base de Cotización. • Errores Aritméticos o Informáticos. • Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social (Régimen del Seguro Social 1973/1997) |

ACUERDO DE LA LSS

| | | |
|---|---|---|
| 30 | En caso de Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión: | Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es por Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión. |
| 31 | Nuevo Asignatario: | Una "X" en el casillero del motivo que dio origen a su solicitud de Nuevo Asignatario. <ul style="list-style-type: none"> • Esposa o Concubina. • Hijo Menor y hasta 16 años • Ascendientes Padre/Madre • Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante • Hijo mayor de 16 años incapacitado |
| 32 | Beneficiario de Pensión de Orfandad: | Una "X" en el casillero del motivo que dio origen a su solicitud de Beneficiario de Pensión de Orfandad. <ul style="list-style-type: none"> • Hijo menor y hasta 16 años • Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante • Hijo mayor de 16 años incapacitado |
| 33 | Manifiesto que el(l) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s): | Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional. Llenar con los datos de la constancia de estudios: <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo escolar. • Año escolar. • Período de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). • Lugar y fecha en que se expide la constancia. |
| 34 | Nombre de la institución bancaria | Banco al que pertenece la cuenta en la que se realizará el pago de la mensualidad de pensión. |
| 35 | Número de cuenta CLABE | Clave Bancaria Estandarizada de la cuenta del pensionado, constituida por 18 dígitos. |
| 36 | Acreditamiento a partir del mes de | Mes en el cual se iniciarán los depósitos en la nueva cuenta bancaria proporcionada. |
| 37 | Datos del Beneficiario o Asignatario Familiar: | <ul style="list-style-type: none"> • Asentar el Apellido Paterno del beneficiario o asignatario familiar • Asentar el Apellido Materno del beneficiario o asignatario familiar • Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar • Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). • Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación. • Asentar el sexo al cual se pertenece, "M" para masculino y "F" para femenino. • Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población. |
| VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS. | | |
| 38 | Documentos Adjuntos: | Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados como documentos adjuntos. |
| VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL. | | |
| 39 | Documentos Adjuntos en caso de Representante Legal: | Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados para el caso de existir un Representante Legal del trámite respectivo. |
| VIII. OBSERVACIONES. | | |
| 40 | Observaciones: | Información adicional de conformidad al trámite. |
| 41 | Firma otra persona a su ruego: | Una "X" en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante. |
| 42 | Nombre completo: | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre. |
| 43 | Identificación: | Documento con el que acredite su persona. |
| 44 | Número o Clave: | Número o Clave del documento con el cual acreditó su persona. |
| 45 | Domicilio: | Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego. |
| 46 | Firma o huella digital del Solicitante: | Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado Responsable de recibir el trámite y en presencia de éste. |
| 47 | Pago IMSS: | Una "X" en el casillero que señale la forma de pago. |
| 48 | Pago Aseguradora: | Una "X" en el casillero que señale la forma de pago. |
| 49 | Elaboró: Matricula, Nombre y Firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de pensión y documentos probatorios en la Unidad Receptora. |
| 50 | Lugar, Fecha y Sello: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requisa la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir. |
| 51 | Matricula, Nombre, Firma y Cargo: | Matrícula, Apellido paterno, materno y nombre (s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo. |

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

SOLICITUD PARA EL PAGO DE MENSUALIDADES NO COBRADAS O RECLAMO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A LA PENSIÓN

| | |
|----------------------|--------------|
| Delegación (1) | FOLO NO. (4) |
| Subdelegación (2) | |
| Unidad Receptora (3) | |

I. DATOS DEL PENSIONADO

| | | |
|----------------------------|------------------|----------------------|
| (5) | (5) | (5) |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |
| (6) | (7) | (8) |
| Número de Seguridad Social | C.U.R.P. | R.F.C. con Homoclave |

II. DATOS DEL SOLICITANTE

| | | |
|-------------------------------------|------------------|--------------------|
| (9) | (9) | (9) |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |
| (10) | (10) | (10) |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext. | | Colonia |
| (10) | (11) | (11) |
| C.P. | Ciudad o Entidad | Teléfono |
| | | Correo Electrónico |

III. DATOS DE LA PENSIÓN

| | |
|-----------------|----------------|
| (12) | (13) |
| Régimen | Rama |
| (14) | (15) |
| Tipo de Pensión | Grupo Familiar |

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Se solicita el pago de mensualidades o diferencias:

| | | |
|--|------|---------|
| a) Por el pensionado | () | (16) |
| b) Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado | () | () |
| Correspondiente(s) al(los) mes(es) de: | (17) | del año |

Por los siguientes (18)

motivos: _____

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (19)

| DEL PENSIONADO: | DEL HIJO MENOR DE DIECIOCHO AÑOS: |
|--|---|
| Identificación Oficial () | Copia certificada del Acta de Nacimiento () |
| Documento con NSS () | HIJOS MAYORES DE DIECIOCHO AÑOS CON INCAPACIDAD DE CINCUENTA POR CIENTO O MÁS: |
| R.F.C. () | Copia certificada del Acta de Nacimiento () |
| Copia certificada del Acta de Defunción () | Dictamen ST-6 () |
| | HIJO MAYOR DE DIECIOCHO Y HASTA VEINTICINCO AÑOS ESTUDIANTE |
| | Copia certificada de Acta de Nacimiento () |
| | Constancia de estudios () |
| DEL SOLICITANTE: | ASCENDIENTES QUE DEPENDIÁN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO: |
| Identificación Oficial () | Copia certificada del Acta de Nacimiento () |
| Comprobante de Domicilio () | Copia certificada de resolución judicial que acredite la dependencia económica () |
| C.U.R.P. () | CONCUBINA O CONCUBINARIO: |
| Manifestación por escrito del(los) solicitante(s) del pago de las mensualidades no cobradas en vida por el pensionado, a través de la cual exprese(n), bajo protesta de decir verdad, que las personas que suscriben dicha manifestación son las que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo mismas que se vinculan con el pensionado fallecido. | Copia certificada de la resolución judicial que acredite la relación del concubinario () |
| DE LA VIUDA: | LAS PERSONAS QUE DEPENDIÁN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO: |
| Copia certificada del Acta de Matrimonio () | Copia certificada de resolución judicial que acredite la dependencia económica () |
| DEL VIUDO: | EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL: |
| Copia certificada del Acta de Matrimonio () | Identificación Oficial () |
| Copia certificada de resolución judicial que acredite la dependencia económica () | Documento que acredite la personalidad que ostente () |
| Dictamen ST-6 () | Otros (describir) () |



GOBIERNO DE
MÉXICO



Contacto:
Fiscales de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://24horas.contactoimss.com.mx>

| | | |
|---|------------------------------|--|
| gob.mx | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | |
| VI. OBSERVACIONES (20) | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia. 2. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23. | | |
| (21) | | |
| Firma o huella digital del Solicitante | | |
| Elaboró (22) Matrícula, Nombre y Firma | | |
| Documento para uso exclusivo del IMSS. | (23) Lugar, Fecha y Sello | Autorizó (24) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo |

AVISO DE PRIVACIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión", en todas sus modalidades.** Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06460 Ciudad de México.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.conexionimss.com.mx>

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| Nombre de la forma: | | Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión |
|--|---|--|
| Objetivo: | | Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión. |
| Elaborado por: | | Servicio de Prestaciones Económicas. |
| Número de tantos: | | Original y dos tantos. |
| Distribución: | | Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante. |
| No. | DATO | ANOTAR |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | Unidad Receptora: | Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.). |
| 4 | Folio: | Número progresivo asignado a la solicitud. |
| I. DATOS DEL PENSIONADO | | |
| 5 | Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado. |
| 6 | No. de Seguridad Social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 7 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| 8 | R.F.C. con Homoclave: | Registro Federal de Contribuyentes, con homoclave del asegurado a trece posiciones, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE | | |
| 9 | Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante. |
| 10 | Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad: | Ubicación del domicilio del solicitante. |
| 11 | Teléfono y Correo Electrónico : | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso. |
| III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional) | | |
| 12 | Régimen: | Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado. |
| 13 | Rama: | Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste. |
| 14 | Tipo de Pensión: | Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario. |
| 15 | Grupo Familiar: | Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado. |
| IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO | | |
| 16 | Se solicita el pago de mensualidades o diferencias: | Marcar con una "X" en el casillero que señala la persona que realiza la solicitud. a) Por el pensionado b) Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado |
| 17 | Correspondiente(s) al (los) mes(es) de: | El mes de la fecha de las mensualidades no cobradas o reclamos de diferencias relativas a la pensión. Anotando el mes y por último el año. |
| 18 | ...por los siguientes motivos: | Los motivos por los cuales desea hacer el reclamo para pago de mensualidades no cobradas o diferencias relativas a la pensión. |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS | | |
| 19 | Documentos adjuntos: | Una "X" en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación. Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos. |
| VI. OBSERVACIONES | | |
| 20 | Observaciones: | Información adicional de conformidad al trámite. |
| 21 | Firma o Huella del Solicitante: | La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado. |
| 22 | Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora. |
| 23 | Lugar, Fecha y Sello: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requista la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio. |
| 24 | Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo. |

ACUERDO DE LA LSS

| | | | |
|---|----------------------|----------------------------------|--------------------|
| gob.mx | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| SOLICITUD PARA PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1973 | | | |
| Delegación (1) | | FOLIO NO. | (4) |
| Subdelegación (2) | | | |
| Unidad Receptora (3) | | | |
| I. DATOS DEL PENSIONADO | | | |
| (5) | (5) | (5) | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) | |
| (6) | | (7) | |
| Número de Seguridad Social | | C.U.R.P. | |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE | | | |
| | (8) | | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) | |
| | (9) | (9) | |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext. | | Colonia | |
| (9) | (9) | (10) | (10) |
| C.P. | Ciudad o Entidad | Teléfono | Correo Electrónico |
| III. DATOS DE LA PENSIÓN | | | |
| (11) | | (12) | |
| Régimen | | Rama | |
| (13) | | (14) | |
| Tipo de Pensión | | Grupo Familiar | |
| IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO | | | |
| Solicito me sea concedido un préstamo a cuenta de la pensión que actualmente disfruto bajo el Régimen de la Ley del Seguro Social 1973, estando conforme en que de ser favorecido con dicho préstamo, el mismo sea descontado de mi pensión en mensualidades, por un plazo no mayor de 12 meses. | | | |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL PENSIONADO (15) | | | |
| Identificación Oficial () | () | Otros (Describir) | () |
| Documento con NSS () | () | | |
| VI. OBSERVACIONES (16) | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia. De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de pensión. Los pensionados por Invalidez (definitiva), Riesgos de Trabajo (definitivo), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Viudez, Orfandad o Ascendientes del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973, podrán solicitar préstamo a cuenta de pensión ante el Instituto, cuyo plazo para el pago no podrá exceder de un año, siempre y cuando la cuantía de la pensión no se reduzca a una cantidad inferior a los mínimos establecidos por la Ley del Seguro Social. No se otorgarán préstamos a cuenta de pensión a los titulares de las pensiones alimenticias, por Incapacidad Permanente (provisional) e Invalidez (temporal). Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23. | | | |
| (17) | | | |
| Firma o huella digital del Solicitante | | | |
| Elaboró (18) | (19) | Autorizó (20) | |
| Matrícula, Nombre y Firma | Lugar, Fecha y Sello | Matrícula, Nombre, Firma y Cargo | |

Documento para uso exclusivo del IMSS.

AVISO DE PRIVACIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del régimen de la Ley del Seguro Social 1973", en todas sus modalidades.** Para mayor información acerca del tratamiento de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



Contacto:
Paseo de la Reforma 474, P.B.
C.P. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://www.imss.gob.mx>

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| Nombre de la forma: | | Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973. |
|--|--|--|
| Objetivo: | | Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973. |
| Elaborado por: | | Servicio de Prestaciones Económicas. |
| Número de tantos: | | Original y dos tantos. |
| Distribución: | | Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante. |
| No. | DATO | ANOTAR |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | Unidad Receptora: | Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.). |
| 4 | Folio: | Número progresivo asignado a la solicitud. |
| I. DATOS DEL PENSIONADO | | |
| 5 | Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado. |
| 6 | No. de Seguridad Social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 7 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE | | |
| 8 | Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante. |
| 9 | Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad: | Ubicación del domicilio del solicitante. |
| 10 | Teléfono y Correo Electrónico: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso. |
| III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional) | | |
| 11 | Régimen: | Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado. |
| 12 | Rama: | Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste. |
| 13 | Tipo de Pensión: | Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario. |
| 14 | Grupo Familiar: | Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado. |
| IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO | | |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL PENSIONADO | | |
| 15 | Documentos adjuntos: | Una "X" el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación. |
| VI. OBSERVACIONES | | |
| 16 | Observaciones: | Información adicional de conformidad al trámite. |
| 17 | Firma o Huella del Solicitante: | La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado. |
| 18 | Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora. |
| 19 | Lugar, Fecha y Sello: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requista la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio. |
| 20 | Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo. |

ACUERDO DE LA LSS

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--------------------|
| gob.mx | | | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | |
| SOLICITUD DE OTORGAMIENTO DE AYUDAS | | | | | |
| Delegación (1) Subdelegación (2) Unidad Receptora (3) | | | | FOLIO NO. (4) | |
| (5) PARA GASTOS DE FUNERAL () ASEGURADO () PENSIONADO () | | | (5) PARA GASTOS DE MATRIMONIO () ASEGURADO | | |
| II. DATOS DEL ASEGURADO O PENSIONADO | | | | | |
| No. Seguridad Social(6) | C.U.R.P. (7) | Fecha de Matrimonio (8) | AFORE(9) | Fecha de Defunción (10) | Ramo de Seguro(11) |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno (12) | | Nombre (s) | |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (13) | | | | | |
| Colonia (13) | | C.P. (13) | Ciudad o Entidad (13) | | Teléfono (s) (13) |
| III. DATOS DEL SOLICITANTE (FUNERAL) O DEL CÓNYUGE (MATRIMONIO) | | | | | |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno (14) | | Nombre (s) | |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (15) | | | | | |
| Colonia (15) | | C.P. (15) | Ciudad o Entidad (15) | | Teléfono(s) (15) |
| III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO (16) | | | | | |
| Identificación Oficial () | CURP () | Documento de la AFORE () | Cuenta original de gastos de funeral () | | |
| Copia certificada del Acta de Matrimonio () | Documento con NSS () | Copia certificada del Acta de Defunción () | Copia certificada del Acta de Divorcio () | | |
| Dictamen ST-7 () | Otros (especificar) () | | | | |
| IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA (17) | | | | | |
| Copia cotejada de Identificación Oficial () | Copia cotejada del Acta de Defunción () | | Copia cotejada del Acta de Divorcio () | | |
| Copia cotejada del Acta de Matrimonio () | Copia cotejada de la factura de gastos de funeral () | | Otros (especificar) () | | |
| V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS (FUNERAL) | | | | | |
| SERVICIO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS | | SERVICIO DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS | | | |
| Pensión Vigente (18) | | Responsable de la Certificación (20) | | Con Derecho (21) | |
| Número Componente (19) | | Matrícula, nombre(s) y apellidos, firma y sello (o correo electrónico) | | | |
| VI. RESOLUCIÓN | | | | | |
| FUNERAL | | Elaboró (26) Matrícula y Firma | | MATRIMONIO | |
| No. de Cheque o Volante de pago (22) | | | | No. de Resolución (24) | |
| Fecha de Emisión (23) | | | | Fecha de Emisión (25) | |
| Fundamento Jurídico Art. 64 Fracc. I y 104, Ley del Seguro Social | | | | Fundamento Jurídico Art. 165 y 166, Ley del Seguro Social | |
| OBSERVACIONES | | | | | |
| 1. El trámite es gratuito y podrá ser solicitado en la Ventanilla del Control de Prestaciones de cualquier Unidad de Medicina Familiar. | | | | | |
| 2. En Ayuda para Gastos de Matrimonio la disposición que realice el trabajador de los recursos de su cuenta individual por esta prestación, no disminuirá semanas de cotización. | | | | | |
| 3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23. | | | | | |
| 4. Plazo de resolución: 12 días hábiles. | | | | | |
| Entregó: (27) | | (28) | | Recibió: (29) | |
| Matrícula, Nombre y Firma | | Lugar, Fecha y Sello | | Nombre y Firma | |

Documento para uso exclusivo del IMSS

AVISO DE PRIVACIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud de otorgamiento de ayudas", en todas sus modalidades.** Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



Contacto:
Paseo de la Reforma 474, P.B.
Caj. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencioncontactosimss.com.mx>

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| | | |
|---|---|--|
| Nombre de la Forma: | | Solicitud de Otorgamiento de Ayudas. |
| Objetivo: | | Asentar los datos del asegurado o pensionado para tramitar la ayuda de gastos de funeral, en los seguros de Riesgos de Trabajo o Enfermedades y Maternidad o en su caso, para tramitar la ayuda para gastos de matrimonio, el solicitante deberá de asentar los datos del asegurado. |
| Elaborado por: | | Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. de elección del interesado o asegurado. |
| En U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora | | |
| Número de Tantos: | | Dos. |
| Distribución: | | Un tanto: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. Un tanto: Interesado. |
| En U.M.F. Dependiente | | |
| Número de Tantos: | | Original y dos copias. |
| Distribución: | | Original: Expediente, junto con el tanto que emita la U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora de la cual dependa. 1ra. Copia: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. 2da. Copia: Para el interesado. |
| No. | DATO | ANOTAR |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | Unidad Receptora: | Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF). |
| 4 | Folio: | Número progresivo asignado a la solicitud. |
| 5 | Para Gastos de Funeral () Asegurado () Pensionado () Para Gastos de Matrimonio () Asegurado | Una "X" para indicar el tipo de trámite que se va a realizar. |
| I. DATOS DEL ASEGURADO O PENSIONADO | | |
| 6 | No. de Seguridad Social: | Número asignado por el Instituto al asegurado o pensionado. |
| 7 | C.U.R.P.: | Clave única de registro de la población compuesta de 18 caracteres. |
| 8 | Fecha de Matrimonio (DD/MM/AA): | Día, Mes, Año de celebración del matrimonio civil. |
| 9 | AFORE: | Administradora de Fondos para el Retiro donde se encuentre registrado el asegurado al momento de solicitar la ayuda. |
| 10 | Fecha de Defunción: | Fecha que contenga el acta de defunción, con números arábigos el día, mes y año. |
| 11 | Ramo de Seguro: | Tipo de Seguro que se solicita la prestación (Riesgo de Trabajo o Enfermedad). |
| 12 | Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s): | Para funeral, Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado o pensionado fallecido. Para Matrimonio, Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado solicitante. |
| 13 | Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s): | Ubicación del domicilio del asegurado o pensionado según sea el caso en relación al trámite solicitado, de acuerdo con los datos consignados, así como su número telefónico, de contar con él. Nota: cuando no exista nomenclatura se anotará "domicilio conocido". |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE (FUNERAL) O CÓNYUGE (MATRIMONIO) | | |
| 14 | Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante, quien puede ser el estipulado en la factura o a quien éste le ceda el derecho para realizar el trámite y cobro de la ayuda, o el (la) cónyuge para el caso de ayuda de matrimonio. |
| 15 | Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s): | Ubicación del domicilio del solicitante, de acuerdo con los datos consignados en el recuadro y número telefónico de contar con él. Para el caso de Matrimonio, no será necesario requisitar este rubro. |

ACUERDO DE LA LSS

| III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO | | |
|--|--|---|
| 16 | Documentación presentada para llenar el formato: | Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Identificación oficial: () C.U.R.P.: () Documento de la AFORE: () Original de Factura de Gastos de Funeral: () Copia certificada del Acta de Matrimonio: () Documento con NSS: () Copia certificada del Acta de Defunción: () Copia certificada del Acta de Divorcio: () Dictamen ST -7: () Otros (especificar): () |
| IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA | | |
| 17 | | Una "X" para indicar los documentos que se anexan a la solicitud, de presentar otros especificarlos. Copia cotejada de la identificación oficial: () Copia cotejada del Acta de Defunción: () Copia cotejada del Acta de Divorcio: () Copia cotejada del Acta de Matrimonio: () Copia cotejada de la Factura de Gastos de Funeral: () Otros (especificar): () |
| V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS (FUNERAL) | | |
| 18 | Pensión Vigente: | Un "Sí o No" si el finado se encuentra vigente en su calidad de pensionado (sólo en casos de pensionados fallecidos). |
| 19 | Número Componente: | El número de componente cuando se trate de beneficiarios pensionados (sólo en casos de pensionados fallecidos). |
| 20 | Responsable de la Certificación: Matrícula, Nombre(s) y Apellidos, Firma y Sello (o correo electrónico) | Nombre completo, firma de la persona que certifica el derecho al pensionado y sello del servicio, o en su caso, datos del correo electrónico enviado con la certificación de la pensión (sólo en casos de pensionados fallecidos). |
| 21 | Con Derecho: | Un "Sí o No" dependiendo si tiene derecho la prestación. |
| VI. RESOLUCIÓN | | |
| FUNERAL | | |
| 22 | No. de Cheque o Volante de Pago: | Número del documento que ampara el importe de la prestación. |
| 23 | Fecha de emisión: | Día, mes y año de emisión de la solicitud. |
| MATRIMONIO | | |
| 24 | No. de Resolución: | Número de autorización para pago en la Administradora de Fondos para el Retiro. |
| 25 | Fecha de emisión: | Día, mes y año de emisión de la solicitud. |
| 26 | Elaboró: Matrícula y Firma: | Matrícula y firma del empleado responsable de la recepción de la documentación y revisión del contenido de la solicitud. El nombre aparece de manera automática en el documento. En Gastos de Funeral, a la entrega del cheque o volante de pago recabar del interesado su nombre y firma como acuse de recibo. |
| 27 | Entregó: Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de la entrega de la solicitud y demás documentación. |
| 28 | Lugar, Fecha y Sello: | Municipio o Alcaldía (antes Delegación) y día, mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del Servicio. |
| 29 | Recibió: Nombre y Firma: | Nombre y firma o huella digital de acuse de recibo del solicitante; día, mes y año de entrega de resultados al interesado. |

| | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| gob.mx | | | |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | |
| SOLICITUD DE CELEBRACIÓN DE CONVENIO DE PAGO INDIRECTO Y REEMBOLSO DE SUBSIDIOS | | | |
| Delegación | (1) | | |
| Subdelegación | (2) | | |
| U.M.F. Tramitadora y de Control | (3) | | |
| I. DATOS DE LA EMPRESA | | | |
| Nombre de la Empresa (4) | Registro Patronal (4) | | Registro Patronal Único (5) |
| Domicilio Fiscal: Calle y Número (6) | | | |
| Colonia (6) | | C.P. (6) | Ciudad o Entidad (6) |
| No. de la Escritura Pública o Testimonio Notarial o Acta Constitutiva de la Empresa: (7) | Volumen (8) | | A la Escritura de (9) |
| Suscrita (10) | No. de Notario Público (11) | Nombre del Notario Público (12) | |
| Lugar de Ubicación del Notario Público (13) | | | |
| II. DATOS DEL PATRÓN Y/O REPRESENTANTE LEGAL | | | |
| Apellido Paterno (14) | Apellido Materno (14) | Nombre (s) (14) | |
| Cargo (15) | | | |
| III. DECLARACIONES | | | |
| Bajo protesta de decir la verdad ante ese Instituto, respetuosamente expongo: | | | |
| Que vengo a solicitar se autorice a la empresa para: | | | |
| A) Hacer pagos por subsidios de incapacidades derivadas de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad que sean concedidas por ese Instituto en favor de nuestros trabajadores asegurados. | | | |
| B) Para recoger cheques y/o facturas que contengan la descripción de las incapacidades otorgadas a favor de nuestros trabajadores o de ser el caso, el importe se aplicará como reembolso en el número de cuenta proporcionado por la empresa, a la cual el Instituto deberá depositar el pago de subsidios. | | | |
| C) Para firmar y cobrar en su caso, en ese Instituto, los documentos que sean expedidos por cualquiera de los conceptos mencionados o por pago de diferencias en favor de los asegurados. | | | |
| D) Por su parte, _____ (16) _____ se obliga a: | | | |
| 1. Hacerse responsable de cualquier reclamación que haga el asegurado contra el Instituto en relación con subsidios pagados de acuerdo con esta autorización, siempre que resulte fundada. | | | |
| 2. Al pagar las incapacidades de su trabajador asegurado, tendrá que recoger de éste un comprobante de dicho pago y lo conservará en su poder y a disposición del Instituto para cualquier reclamación relacionada con el mismo. | | | |
| Esta solicitud se realiza en virtud de pagar la empresa el subsidio correspondiente a sus empleados cuando ese Instituto les expida Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo. | | | |

| | |
|---|---|
| IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD (17) | |
| Copia simple de la identificación oficial, para cotejo () | Escrito señalando registro patronal, domicilio y número de trabajadores relacionados con dicho registro () |
| Original y copia simple del testimonio Notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral, para cotejo () | Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria) () |
| Copia certificada del Poder Notarial () | Original y copia de carta de acreditamiento de las personas autorizadas para recibir factura y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios () |
| Copia de última liquidación de cuotas obrero - patronales () | Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical, o de no existir ésta, escrito de los trabajadores expresando su consentimiento señalando nombre y número de seguridad social () |
| Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto a la dirigencia de la organización sindical, en su caso () | |

| | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Entregó: (18) | (19) | Recibió: (20) |
| Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal | Lugar, Fecha y Sello de la Empresa | Matrícula, Nombre, Firma y Sello |

Documento para uso exclusivo del IMSS

AVISO DE PRIVACIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios", en todas sus modalidades.** Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 Ciudad de México.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contacto@imss.com.mx>

ACUERDO DE LA LSS

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| Nombre de la Forma: | | Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios. |
|--|--|--|
| Objetivo: | | Registrar y controlar antecedentes de la empresa que solicita celebración de Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios. |
| Elaborado por: | | Patrón o Representante Legal de la Empresa. |
| Número de Tantos: | | Original y copia. |
| Distribución: | | Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la Empresa |
| No. | DATO | ANOTAR |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | U.M.F. Tramitadora y de Control: | Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control. |
| I. DATOS DE LA EMPRESA | | |
| 4 | Nombre de la empresa: Registro patronal: | Nombre o razón social de la Empresa que solicita la celebración del convenio. Número de registro patronal asignado a la empresa por el Instituto (de contar la empresa con varios registros patronales, anexas relación, indicando entidad y municipio de influencia de cada registro patronal). |
| 5 | Registro Patronal Único: | Número de registro patronal único, asignado a la empresa por el Instituto. |
| 6 | Domicilio fiscal: calle y número, colonia, C.P., ciudad o entidad | Ubicación del domicilio de la empresa solicitante. |
| 7 | No. de la escritura pública o testimonio notarial o acta constitutiva de la empresa: | No. de la Escritura pública o Testimonio notarial o Acta constitutiva de la empresa. |
| 8 | Volumen: | Número de volumen del libro en el que esté registrada el acta. |
| 9 | A la escritura de: | Tipo de la escritura que acredita la personalidad de quien celebra el convenio. |
| 10 | Suscrita: | Fecha de celebración de los hechos ante el C. notario público. |
| 11 | No. de notario público: | Número de notario público que dio fe del hecho. |
| 12 | Nombre del notario público: | Nombre completo del notario público que dio fe del hecho. |
| 13 | Lugar de ubicación del notario público: | Ubicación del domicilio del notario público calle, número interior o exterior, colonia, C.P., ciudad o entidad. |
| II. DATOS DEL PATRÓN Y/O REPRESENTANTE LEGAL | | |
| 14 | Apellido paterno, materno y nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del patrón o representante legal de la empresa. |
| 15 | Cargo: | Cargo del patrón o representante legal de la empresa. |
| III. DECLARACIONES | | |
| 16 | Por su parte, _____ se obliga a: | Nombre de la empresa. |
| IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD | | |
| 17 | Documentación anexa al formato de solicitud: | Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo: () Original y copia simple del testimonio Notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral, para cotejo: () Copia certificada del Poder Notarial: () Copia de última liquidación de cuotas obrero - patronales: () Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto a la dirigencia de la organización sindical, en su caso: () Escrito señalando registro patronal, domicilio y número de trabajadores relacionados con dicho registro: () Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria): () Original y copia de carta de acreditamiento de las personas autorizadas para recibir factura y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios: () Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical, o de no existir ésta, escrito de los trabajadores expresando su consentimiento señalando nombre y número de seguridad social: () |
| 18 | Entregó: Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal: | Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del patrón o representante legal de la empresa. |
| 19 | Lugar, Fecha y Sello de la Empresa: | Ciudad o entidad y día mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del servicio, en caso de contar con él. |
| 20 | Recibió: Matrícula, Nombre, Firma y Sello: | Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de recepción de la solicitud y sello del servicio de prestaciones económicas. |

| gob.mx | | | | | |
|---|----------------|---------------------------------|---|--|------------------|
| Instituto Mexicano del Seguro Social | | | | | |
| SOLICITUD DE REGISTRO DE PAGO DE SUBSIDIOS EN CUENTA BANCARIA | | | | | |
| Delegación | (1) | | | | Fecha de emisión |
| Subdelegación | (2) | | | | |
| U.M.F. Tramitadora y de Control | (3) | | | | Folio |
| I. TIPO DE TRÁMITE | | | | | |
| Alta (4) | En línea () | Baja (4) | En línea () | Modificación (4) | En línea () |
| | Presencial () | | Presencial () | | Presencial () |
| II. DATOS PERSONALES | | | | | |
| Nombre completo: (5) | | | | | |
| Número de seguridad social: (6) | | CURP: (7) | | Institución bancaria: (8) | |
| Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (9) | | Tipo de identificación: (10) | | Firma Electrónica avanzada (FIEL): (11) | |
| III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN | | | | | |
| Correo electrónico (12) | | Teléfono fijo: (13) | | Teléfono celular: (14) | |
| IV. DATOS MODIFICADOS O POR BAJA | | | | | |
| Institución bancaria: (8) | | | Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (9) | | |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO (15) | | | | | |
| Tipo de identificación (10) | | | | | |
| Credencial ADIMSS () | | () | | Cartilla del servicio militar () | |
| Credencial para votar () | | Pasaporte () | | Cédula de identidad personal () | |
| Documento Expedido por la Delegación o Municipio () | | Carta de naturalización () | | () | |
| Documento migratorio () | | Tarjeta de residencia () | | () | |
| Documento con NSS (8) | | | | | |
| IMSS () | | INFONAVIT () | | AFORE () | |
| Estado de cuenta bancaria con cuenta (CLABE) (8, 9) () | | | | | |
| VI. VALIDACIÓN | | | | | |
| Elaboró (16) Matrícula, nombre y firma | | (17) Lugar, Fecha y Sello | | (18) Firma o huella digital del Solicitante | |

Documento para uso exclusivo del IMSS

AVISO DE PRIVACIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normalidad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud de registro de pago de subsidios en cuenta bancaria"**. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



Contacto:
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México.
Tel: 01 800 623 23 23
<http://atencion.clientesimss.com.mx>

ACUERDO DE LA LSS

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| | | |
|--|--|--|
| Nombre de la Forma: | | Solicitud de registro de pago de subsidios en cuenta bancaria |
| Objetivo: | | Realizar Alta, baja o modificación de la cuenta bancaria del asegurado para el pago de los subsidios. |
| Elaborado por: | | Asegurado |
| Número de Tantos: | | Original y copia. |
| Distribución: | | Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la o el asegurado. |
| No. | DATO | ANOTAR |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | U.M.F. Tramitadora y de Control: | Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control. |
| I. TIPO DE TRÁMITE | | |
| 4 | Identificación del trámite | Si es motivo de Alta, baja o modificación. De forma presencial o en línea. |
| II. DATOS PERSONALES | | |
| 5 | Nombre completo: | Apellido paterno, materno y nombre(s) |
| 6 | Número de seguridad social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 7 | CURP: | Clave Única de Registro de Población. |
| 8 | Institución bancaria: | Nombre de la institución bancaria donde se depositaran los importes. |
| 9 | Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) | Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria. |
| 10 | Tipo de identificación: | Documento con el que acredite su personalidad. |
| 11 | Firma Electrónica avanzada: | Archivo digital que te identifica al realizar trámites por internet, emitido por el SAT |
| III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN | | |
| 12 | Correo electrónico | Correo electrónico del solicitante. |
| 13 | Teléfono fijo: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir el acreditamiento. |
| 14 | Teléfono celular: | Número telefónico móvil donde se pueda localizar al solicitante |
| IV. DATOS MODIFICADOS | | |
| 8 | Institución bancaria: | Nombre de la institución bancaria donde se depositaran los importes. |
| 9 | Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) | Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria. |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO | | |
| 15 | Documentación anexa al formato de solicitud: | Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo: () Documento que contenga el número de seguridad social: () Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE: () |
| VI. VALIDACIÓN | | |
| 16 | Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de depósito de subsidios en cuenta bancaria y documentos probatorios en la Unidad Receptora. |
| 17 | Lugar, Fecha y Sello de la Empresa: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requista la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir. |
| 18 | Firma o huella digital del Solicitante: | Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste. |

**SOLICITUD DE PAGO EN CUENTA BANCARIA DE LICENCIA POR CUIDADOS MÉDICOS DE HIJOS DE HASTA DIECISÉIS AÑOS, APLICACIÓN DEL
ARTÍCULO 140 BIS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.**

| Delegación | (1) | | | Fecha de emisión |
|---|---------------------------------|---|------------------|--|
| Subdelegación | (2) | | | |
| U.M.F. Tramitadora y de Control | (3) | | | Folio |
| I. TIPO DE TRÁMITE | | | | |
| Registro (4) | En línea | () | Modificación (4) | En línea |
| | Presencial | () | | Presencial |
| II. DATOS PERSONALES | | | | |
| Nombre completo: (5) | | | | |
| Número de seguridad social: (6) | CURP: (7) | Institución bancaria: (8) | | |
| Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (9) | Tipo de identificación: (10) | Firma Electrónica avanzada (FIEL): (11) | | |
| III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN | | | | |
| Correo electrónico (12) | Teléfono fijo: (13) | Teléfono celular o móvil: (14) | | |
| IV. DATOS MODIFICACIÓN | | | | |
| Institución bancaria: (8) | | Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE): (9) | | |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO (15) | | | | |
| Tipo de identificación (10) | | | | |
| Credencial ADIMSS | () | Cartilla del servicio militar | | |
| Credencial para votar | () | Pasaporte | | |
| Documento Expedido por la Delegación o Municipio | () | Carta de naturalización | | |
| Documento migratorio | () | Tarjeta de residencia | | |
| Documento con NSS (8) | | | | |
| IMSS | () | INFONAVIT | () | AFORE |
| Estado de cuenta bancaria con cuenta (CLABE) (8, 9) | | | | |
| | | | | |
| VI. VALIDACIÓN | | | | |
| Elaboró | | | | |
| (16) | | (17) | | (18) |
| Matrícula, nombre y firma | | Lugar, Fecha y Sello | | Firma o huella digital del Solicitante |

Documento para uso exclusivo del IMSS

AVISO DE PRIVACIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "SOLICITUD DE PAGO EN CUENTA BANCARIA DE LICENCIA POR CUIDADOS MÉDICOS DE HIJOS DE HASTA DIECISÉIS AÑOS, APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 140 BIS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL"**. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx

ACUERDO DE LA LSS

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| | | |
|--|--|--|
| Nombre de la Forma: | | Solicitud de pago en cuenta bancaria de licencia por cuidados médicos de hijos de hasta dieciséis años, aplicación del artículo 140 Bis de la Ley del Seguro Social |
| Objetivo: | | Registro y modificación de la cuenta bancaria del asegurado para el pago de los subsidios. |
| Elaborado por: | | Asegurado |
| Número de Tantos: | | Original y copia. |
| Distribución: | | Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la o el asegurado. |
| No. | DATO | ANOTAR |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | U.M.F. Tramitadora y de Control: | Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control. |
| I. TIPO DE TRÁMITE | | |
| 4 | Identificación del trámite | Si es motivo de Alta, baja o modificación. De forma presencial o en línea. |
| II. DATOS PERSONALES | | |
| 5 | Nombre completo: | Apellido paterno, materno y nombre(s) |
| 6 | Número de seguridad social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 7 | CURP: | Clave Única de Registro de Población. |
| 8 | Institución bancaria: | Nombre de la institución bancaria donde se depositaran los importes. |
| 9 | Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) | Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria. |
| 10 | Tipo de identificación: | Documento con el que acredite su personalidad. |
| 11 | Firma Electrónica avanzada: | Archivo digital que te identifica al realizar trámites por internet, emitido por el SAT |
| III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN | | |
| 12 | Correo electrónico | Correo electrónico del solicitante. |
| 13 | Teléfono fijo: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir el acreditamiento. |
| 14 | Teléfono celular: | Número telefónico móvil donde se pueda localizar al solicitante |
| IV. DATOS MODIFICACIÓN | | |
| 8 | Institución bancaria: | Nombre de la institución bancaria donde se depositaran los importes. |
| 9 | Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) | Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria. |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO | | |
| 15 | Documentación anexa al formato de solicitud: | Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Copia simple de la identificación oficial, para cotejo: () Documento que contenga el número de seguridad social: () Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE: () |
| VI. VALIDACIÓN | | |
| 16 | Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de depósito de subsidios en cuenta bancaria y documentos probatorios en la Unidad Receptora. |
| 17 | Lugar, Fecha y Sello de la Empresa: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requista la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir. |
| 18 | Firma o huella digital del Solicitante: | Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste. |

Ciudad de México, a 16 de julio de 2019. El Director de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS, **Mauricio Hernández Avila**.
Rúbrica.

(R. 485422)

AVISO MEDIANTE EL CUAL SE DA A CONOCER EL FORMATO SOLICITUD DE CERTIFICADO DE BAJA PARA EL RETIRO POR DESEMPLEO (SAV 021)

Publicado en el D.O.F. del 16 de marzo de 2006

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social. Unidad de Incorporación al Seguro Social. Coordinación de Afiliación al Régimen Obligatorio.

Asunto: Publicación del formato Solicitud de Certificado de Baja para el Retiro por Desempleo (SAV 021)

En cumplimiento con el Acuerdo 74/2003 del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social de fecha 19 de febrero de 2003, se da a conocer el formato denominado Solicitud de Certificado de Baja para el Retiro por Desempleo (SAV 021), así como su instructivo de llenado.

Atentamente

México, D.F., a 2 de marzo de 2006. El Director de Incorporación y Recaudación del Seguro Social, **José Antonio Alvarado Ramírez**.
Rúbrica.




INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SERVICIOS DE AFILIACION VIGENCIA

 SOLICITUD DE CERTIFICADO DE BAJA PARA EL RETIRO POR DESEMPEÑO
 LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1997

SOLICITO AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ME CERTIFIQUE LA FECHA CON LA CUAL CAUSE BAJA COMO ASEGURADO, CON OBJETO DE REALIZAR EL TRAMITE DE RETIRO POR DESEMPEÑO ANTE LA ADMINISTRADORA DE FONDOS PARA EL RETIRO (AFORE), QUE MANEJA MI CUENTA DE RCV.

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR _____

CLAVE UNICA DE REGISTRO POBLACIONAL (C.U.R.P.) _____

LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD _____

 FIRMA DEL SOLICITANTE

SELLO DE RECEPCION DEL I.M.S.S.

NOTA IMPORTANTE:

EN CASO DE SER ACEPTADA SU SOLICITUD POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA LSS, SE APLICARA LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 191 Y 198 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1997, EN LO RELATIVO A DISMINUIR PROPORCIONALMENTE LAS SEMANAS COTIZADAS.

DELEGACION _____

SUBDELEGACION _____

“Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado Sistema Integral de Derechos y Obligaciones, con fundamento en los artículos: 15 de la Ley del Seguro Social y 14 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y cuya finalidad es contener, proteger, ordenar y clasificar los datos de los patrones y asegurados, el cual fue registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx), y podrán ser transmitidos, al Infonavit y a la Consar con la finalidad de que el asegurado haga valer su derecho de ejercicio de créditos de vivienda y disposición del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa Responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón o del asegurado, en su caso. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005”.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO “SOLICITUD DE CERTIFICADO DE BAJA PARA RETIRO POR DESEMPEÑO” (SAV 021)

A. Instrucciones Generales

1. Este formato deberá ser llenado por el solicitante.
2. El trabajador desempleado deberá firmar la solicitud o asentar su huella digital, en presencia del empleado institucional.
3. Se deberá acompañar a la solicitud de Certificado de Baja para Retiro por Desempleo, la siguiente documentación:
 - 3.1. Identificación oficial con fotografía y firma del trabajador desempleado (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte, cédula profesional).
 - 3.2. Ultimos dos estados de cuenta que proporciona la Administradora de Fondos para el Retiro (Afore).
4. El formato se presenta en la Subdelegación de Control del domicilio del trabajador desempleado en el horario de 8:00 a 15:30 horas de lunes a viernes, en días hábiles.
5. El trámite se resuelve en la Subdelegación de control del domicilio del trabajador desempleado en el horario de 8:00 a 15:30 horas de lunes a viernes, en días hábiles.

6. No. de tantos a presentarse del formato y su distribución:

- 6.1. Original: para el Instituto
- 6.2. Copia: para el asegurado

B. Instrucciones específicas

1. Nombre: Nombre completo del asegurado, como aparece en el acta de nacimiento.
2. Número de Seguridad Social y Dígito Verificador: Número de Seguridad Social asignado al trabajador y su dígito verificador en once posiciones, proporcionado por el Instituto.
3. Clave Unica de Registro de Población (CURP): Clave Unica de Registro de Población en sus 18 posiciones.
4. Lugar y fecha: Localidad y la fecha en que se realiza la solicitud.
5. Firma del solicitante: Firma autógrafa del asegurado.
6. Sello de recepción de IMSS: Aplicar sello del Departamento de Afiliación Vigencia.

(R. 227360)

DECRETO POR EL QUE SE INCORPORAN AL REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL, POR LO QUE CORRESPONDE A LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DE LOS SEGUROS DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD Y RIESGOS DE TRABAJO, A LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA JOVENES CONSTRUYENDO EL FUTURO Y QUE NO CUENTEN CON LA MISMA O SIMILAR PROTECCION POR PARTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL O CUALQUIER OTRA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL

Publicado en el D.O.F. del 31 de enero de 2019

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República.

ANDRES MANUEL LOPEZ OBRADOR, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 5, 11, fracciones I y II, 12, fracción III, 56, 91 y 94, fracción I de la Ley del Seguro Social y 40, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con el artículo 40. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, toda persona tiene derecho a la protección de la salud, para lo cual, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud;

Que la Ley del Seguro Social establece que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, cuya realización está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados;

Que el Seguro Social es el instrumento básico de seguridad social, establecido por la Ley del Seguro Social como un servicio público de carácter nacional, cuya organización y administración están a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social y cuyo régimen está dividido en dos, obligatorio y voluntario;

Que conforme al artículo 12, fracción III de la Ley del Seguro Social son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio, las personas que determine el Ejecutivo Federal mediante decreto;

Que recientemente el Gobierno de México, a través de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, puso en marcha el Programa Jóvenes Construyendo el Futuro, cuya finalidad es brindar oportunidades de capacitación en el trabajo a jóvenes entre 18 y 29 años que no trabajan y no estudian, para integrarlos en actividades de capacitación en el trabajo y dotarlos de herramientas para una vida mejor; alejarlos

del desempleo y del camino de conductas antisociales; acelerar su preparación para actividades productivas, e incluirlos al sector privado en las actividades de responsabilidad social para su desarrollo productivo;

Que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social es la instancia normativa para la operación del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro y la encargada de interpretar para efectos administrativos, los Lineamientos para la operación del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 2019, y

Que los referidos Lineamientos prevén que los becarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro tendrán derecho a un seguro médico para cubrir accidentes, enfermedades, maternidad y riesgos de trabajo, a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, he tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO

ARTICULO 1. Se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie que otorgan los seguros de Enfermedades y Maternidad y de Riesgos de Trabajo, a los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro, y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto Mexicano del Seguro Social o cualquier otra institución de seguridad social, únicamente por el período en que resulten beneficiados por el Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.

La incorporación a que se refiere el presente artículo se realizará en términos del Acuerdo que para tal efecto emita el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ARTICULO 2. Las prestaciones en especie de los seguros de Enfermedades y Maternidad materia del presente ordenamiento, comprenden la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, así como la asistencia obstétrica.

Las prestaciones en especie del seguro de Riesgos de Trabajo materia del presente Decreto, comprenden la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; servicio de hospitalización; aparatos de prótesis y ortopedia y rehabilitación.

ARTICULO 3. El Gobierno Federal cubrirá en forma integral, con cargo al presupuesto autorizado para la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para el ejercicio fiscal correspondiente, el monto de las cuotas para sufragar los gastos originados por el aseguramiento de los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.

Para tal efecto, dicha dependencia enterará al Instituto Mexicano del Seguro Social, dentro de los primeros diecisiete días de cada uno de los meses del año, las cuotas determinadas en el presente Decreto. Dentro de los tres primeros meses de cada año se realizarán los ajustes que procedan, cubriéndose en su caso, las diferencias.

Las cuotas se determinarán tomando como base valor de la Unidad de Medida y Actualización vigente en el momento de la inscripción, elevado al año y, aplicando a éste el factor del 2.29% multiplicado por

DECRETO REGIMEN OBLIGATORIO

el número de beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.

ARTICULO 4. Con el propósito de que los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro puedan recibir las prestaciones señaladas en este Decreto, deberán proporcionar la información que el Instituto Mexicano del Seguro Social les requiera, ya sea en forma directa o a través de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

ARTICULO 5. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social proporcionará al Instituto Mexicano del Seguro Social, los informes y documentos que les requiera para el cumplimiento de los fines señalados en este Decreto.

ARTICULOS TRANSITORIOS 2019

Publicados en el D.O.F. del 31 de enero de 2019

ARTICULO PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTICULO SEGUNDO. El Instituto Mexicano del Seguro Social, por conducto de su Consejo Técnico, tendrá un plazo de 30 días naturales, contado a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para emitir el Acuerdo por el que se establecen las Reglas para la incorporación al Régimen Obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de Riesgos de Trabajo, de los beneficiarios del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, a 30 de enero de 2019. **Andrés Manuel López Obrador.** Rúbrica. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social, **Luisa María Alcalde Luján.** Rúbrica.

