

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

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.

 		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN (1) SUBDELEGACIÓN (2)				
		JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES		FORMA IMSS (2) (42)		
Delegación (3)	Subdelegación (4)	Unidad Receptora (5)	FOLIO NO. (6)	SOLICITUD DE PENSIÓN		
I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO						
(7)	(8)	M () F () (9)	(10)	(11)		
C.U.R.P.	Número de Seguridad Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Defunción		
(12)						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
(13)	(14)	(15)				
Estado Civil	AFORE (Nombre)	R.F.C. con Homoclave				
II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA (16)						
Invalidez ()	Retiro ()	Incapacidad Permanente ()				
Cesantía en Edad Avanzada ()	Viudez ()	Ascendientes ()				
Vejez ()	Orfandad ()					
a) Solicita Asignación Familiar.	SI ()	NO ()				
b) Solicita Portabilidad IMSS – ISSSTE.	SI ()	NO ()				
c) En caso de tratarse de Incapacidad Permanente con valuación de hasta el 25% procederá como forma de pago la Indemnización Global (I.G.); si la valuación es mayor al 50% corresponderá invariablemente el pago de una pensión, en caso de que el porcentaje de valuación sea mayor al 25% y hasta el 50% podrá optar entre Indemnización Global o Pensión y no procederá modificar la forma de pago una vez elegido (art. 58 fracción III).						
d) Si la valuación es mayor a 25% y hasta 50% elijo como forma de pago:						
Indemnización Global ()		Pensión ()				
Manifestaciones: (17)						
1. Solicito pensión considerando beneficios del Convenio suscrito con:						
	España ()	Canadá ()				
2. Firma otra persona a su ruego:						
	SI ()	NO ()				
Nombre completo _____ Identificación _____ No. ó						
Clave _____						
Domicilio _____						
III. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS LEGALES DEL ASEGURADO						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Sexo	CURP
(18)	(18)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)
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.						
IV. DATOS DEL SOLICITANTE						
(23)						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
(24)		(24)		(24)		
Domicilio Calle y No.				Colonia		
(24)	(24)	(25)	(26)			
C.P.	Ciudad o Entidad	Correo Electrónico	Teléfono			
V. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL						
(27)						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
(28)	(29)	(30)				
Identificación	Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición	Teléfono				

VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO (31)			
IDENTIFICACIÓN OFICIAL ()	DOCUMENTO DE AFORE ()	ACTA DE DIVORCIO ()	
DOCUMENTO CON NSS ()	R.F.C. ()	ACTA DE DEFUNCIÓN ()	
COMPROBANTE DE DOMICILIO ()	DOCUMENTO EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS PARA PAGO DE PENSIÓN ()	CONSTANCIA DE PERÍODOS DE COTIZACIÓN RECONOCIDOS IMSS-ISSSTE ()	
C.U.R.P. ()	ACTA DE NACIMIENTO ()	DICTAMEN ST-3 ()	
DICTAMEN ST-4 ()			

VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO (32)			
IDENTIFICACIÓN OFICIAL ()	ACTA DE NACIMIENTO ()	DICTAMEN ST-6 ()	
COMPROBANTE DE DOMICILIO ()	ACTA DE MATRIMONIO ()	CONSTANCIA VIGENTE DE REGISTRO DE BENEFICIARIO ASCENDIENTE/CÓNYUGE ESPOSO Ó CONCUBINARIO ()	
C.U.R.P. ()	RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA ()	OTROS: ()	
R.F.C. ()	RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DEL CONCUBINATO ()		
DOCUMENTO EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS PARA PAGO DE PENSIÓN ()	CONSTANCIAS DE ESTUDIO ()		

VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (33)			
IDENTIFICACIÓN OFICIAL ()	DOCUMENTO QUE ACREDITE LA PERSONALIDAD QUE OSTENTE ()		

Observaciones	
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.
2.	Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicito el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución de pensión.
3.	El Solicitante deberá acudir a la Unidad Receptora donde presentó su trámite, en la fecha que se le indique, a efecto de realizar la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, según corresponda.
4.	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.
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 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.

Elaboró (34)	(35)	Autorizo al IMSS para que emita documentos utilizando la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) de la autoridad responsable, de conformidad al Acuerdo 454/04 del H. Consejo Técnico de fecha 22 de septiembre de 2004.
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	(36) Firma o huella digital del Solicitante

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Clave: 3300-009-022

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 (U.M.F.) 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	Delegación:	Clave identificadora de la Delegación.
4	Subdelegación:	Clave identificadora de la Subdelegación.
5	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
6	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO		
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
9	Sexo:	"M" para masculino y "F" para femenino.
10	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).
11	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).
12	Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) completo del asegurado y/o pensionado.
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.
15	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA		
16	Tipo de Trámite:	Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitada de acuerdo con los datos consignados.
17	Manifestaciones:	Una "X" en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante. 1. Solicito pensión considerando beneficios del Convenio suscrito con: España () Canadá () 2. Firma otra persona a su ruego: Sí () No () Nombre completo, Identificación, No. ó Clave y Domicilio.
III. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS LEGALES DEL ASEGURADO		
18	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) de cada uno de los beneficiarios aunque no tengan derecho a pago por asignación familiar. En este caso deberá anotar a la esposa(o), hijos menores de edad, o en su caso concubina(rio) y ascendientes (padres).
19	Fecha nacimiento:	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
20	Parentesco:	Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que

		comprueben su derecho al pago de la prestación.
21	Sexo:	"M" para masculino y "F" para femenino.
22	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
IV. DATOS DEL SOLICITANTE		
23	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que se presenta a suscribir la solicitud.
24	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio.
25	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
26	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
V. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
27	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del representante legal.
28	Identificación:	Documento con el que acredite su persona.
29	Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición:	Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición.
30	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al representante legal (no celular).
VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO		
31	Documentación adjunta:	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		
32	Documentación adjunta:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el solicitante y/o beneficiario del trámite respectivo.
VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL		
33	Documentación adjunta:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el representante legal del trámite respectivo.
34	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.
35	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir.
36	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.



Delegación (3)	FOLIO NO. (4)	SOLICITUD DE CAMBIO DE DOMICILIO PARA PAGO DE PENSIÓN
Subdelegación (3)		
Unidad Receptora (3)		

I. DATOS DEL PENSIONADO

(5)		
Apellido Paterno (6)	Apellido Materno	Nombre (s) (7)
Número de Seguridad Social		C.U.R.P.

II. DATOS DEL SOLICITANTE

(8)		
Apellido Paterno (9)	Apellido Materno	Nombre (s) (9)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (9)		Colonia (10)
C.P. (9)	Ciudad o Entidad (10)	Teléfono (10)
		Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(11)	(12)
Régimen (13)	Rama (14)
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO

Por medio del presente proporciono los siguientes datos de mi nuevo domicilio:

(15)

Por lo anterior solicito el trámite para:

(16) Pago de pensión por cambio de domicilio dentro de la República Mexicana

Do yo por asentado que debo presentarme en el Control de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar de adscripción correspondiente a mi nuevo domicilio, para que se me ratifiquen los bancos con convenio que actualmente maneja el acreditamiento en cuenta en la Delegación de destino para suscribir nuevo contrato, en su caso:

ACREDITAMIENTO EN CUENTA ACTUAL:

Banco:

(17)

Última mensualidad cobrada:

(18)

(19) Pago de pensión por traslado de domicilio en el extranjero

Con fundamento en el artículo 117 de la Ley del Seguro Social vigente me permito informar al IMSS que trasladaré mi domicilio al extranjero y que estoy enterado que podré recibir mi pensión mientras dure mi ausencia, conforme a lo dispuesto por convenio internacional o de no existir éste, acepto que los gastos administrativos de traslado de fondos que genere el pago de mi pensión corran por mi cuenta. Asimismo estoy enterado de que deberé presentarme en la Embajada y/o Consulado máximo cada seis meses para comprobar Supervivencia y que deberé enviar el Certificado de Supervivencia (constancia de supervivencia o fe de vida) al domicilio que me indique el IMSS.

País (20) teléfono en el extranjero (con clave lada) (21)

Nombre de la institución bancaria en el extranjero (22)

Sucursal (22) Localidad (22)

Código internacional (22) Clave de la cuenta a nombre del pensionado (22)

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (23)

DEL PENSIONADO:	EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:
Identificación Oficial ()	Identificación Oficial ()
Documento con NSS ()	Documento que acredite la personalidad que ostente ()
Comprobante de domicilio ()	Otros (Describir) ()
Constancia expedida por los servicios de Afiliación Vigencia ()	
Documento que acredite domicilio en el extranjero ()	
Constancia expedida por las representaciones consulares mexicanas ()	

VI. OBSERVACIONES (24)

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.
2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicito el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
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.

(25)

Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró (26)	(27)	Pago IMSS (28)	Pago Aseguradora (28)
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Autorizó	Revisó
		(28)	
		Matrícula, Nombre, Firma y Cargo	

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:	Solicitud de cambio de domicilio para pago de pensión.	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite por cambio de domicilio para pago de pensión.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. 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.
13	Tipo de pensión:	Nombre de la pensión otorgada.
14	Grupo familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO		
15	Por medio del presente proporciono los siguientes datos de mi nuevo domicilio:	Calle, número exterior e interior en su caso, colonia, delegación, código postal, ciudad o entidad federativa actual, del nuevo domicilio del pensionado o beneficiario, o del domicilio que tendrá en el extranjero.
16	Pago de pensión por cambio de domicilio dentro de la República Mexicana:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es pago de pensión por cambio de domicilio dentro de la República Mexicana.
17	Banco:	De conformidad al "ACREDITAMIENTO EN CUENTA ACTUAL": Nombre del banco que contrató la cuenta bancaria.
18	Última mensualidad cobrada:	De conformidad al "ACREDITAMIENTO EN CUENTA ACTUAL": El último mes cobrado de la pensión.
19	Pago de pensión por traslado de domicilio en el extranjero:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es pago de pensión cuando el pensionado cambie de domicilio en el extranjero.
20	País:	Nombre del país donde residirá el pensionado.
21	Teléfono en el extranjero (con clave lada):	Número telefónico con clave lada donde se pueda localizar al pensionado en el extranjero (no celular).
22	Nombre de la Institución Bancaria en el extranjero:	Nombre de la Institución Bancaria en el extranjero, sucursal, localidad, código internacional, clave de la cuenta del pensionado en la que se efectuará el

		depósito de la pensión.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
23	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 económica. 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		
24	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
25	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.
26	Elaboró: Matrícula, Nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
27	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
28	Autorizó o Revisó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago (<input type="checkbox"/>) Pago IMSS (<input type="checkbox"/>) Pago Aseguradora. Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.



Delegación (3)	Subdelegación (3)	Unidad Receptora (3)	FOLIO NO. (4)	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR FINIQUITO
----------------	-------------------	----------------------	---------------	--

I. DATOS DEL PENSIONADO

(5)		
Apellido Paterno (6)	Apellido Materno	Nombre (s) (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. (9)		Colonia (9)
C.P. (9)	Ciudad o Entidad (9)	Teléfono (10)	Correo Electrónico (10)

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(11)	(12)
Régimen (13)	Rama (14)
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Por medio del presente solicito el trámite para:

(15) **Finiquito por contraer nuevas nupcias:** Fecha de matrimonio: _____ (16)
 día mes año

(17) **Finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley:**
 Datos del huérfano:
 Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s)): _____ (18)
 Fecha de nacimiento: _____ (19)
 día mes año

(20) Supuestos de Ley:
 - No continuar estudiando en el Sistema Educativo Nacional ()
 - Ser sujeto del Régimen Obligatorio ()
 - Haber desaparecido la incapacidad ()

Lo anterior, para finiquitar la pensión que percibo conforme a la Ley del Seguro Social, en el entendido de que se extinguirán con este pago todos los derechos provenientes de los seguros de Riesgo de Trabajo o Invalidez y Vida, según sea el caso.

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (21)

DEL PENSIONADO:	EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:
Identificación Oficial ()	Identificación Oficial ()
Documento con NSS ()	Documento que acredite la personalidad que ostente ()
Copia certificada de Acta de Matrimonio ()	Otros (Describir) ()
Constancia de Afiliación y Vigencia que acredite que es sujeto del Régimen Obligatorio ()	
Constancia de Servicios Médicos que acredite que la incapacidad desapareció ()	
Manifestación del beneficiario por el que señala que no continuará estudiando en el Sistema Educativo Nacional ()	

VI. OBSERVACIONES (22)

- 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.
- Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicito el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
- 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.

(23)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró (24) Matrícula, Nombre y Firma	(25) Lugar, Fecha y Sello	Pago IMSS <input type="checkbox"/> (26) Autorizó	Pago Aseguradora <input type="checkbox"/> (26) Revisó
(26) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo			

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión por finiquito.	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite por modificación de pensión por finiquito.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. 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 PARA EL TRÁMITE SOLICITADO		
15	Finiquito por contraer nuevas nupcias:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es finiquito por contraer nuevas nupcias o entrar concubinato.
16	Fecha del matrimonio:	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).
17	Finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es finiquito de hijo huérfano por cumplir supuestos de Ley.
18	Datos del huérfano: Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s)):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del huérfano por cumplir 16 años o supuestos de Ley.

19	Fecha de nacimiento:	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha de nacimiento del huérfano. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
20	Supuestos de Ley:	Una "X" en el casillero de acuerdo al supuesto señalado por el que se requiere el finiquito del pensionado por orfandad. <ul style="list-style-type: none"> • No continuar estudiando en el Sistema Educativo Nacional • Ser sujeto del Régimen Obligatorio • Haber desaparecido la incapacidad
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
21	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 económica. 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		
22	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
23	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.
24	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.
25	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio
26	Autorizó o Revisó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago () Pago IMSS () Pago Aseguradora. Matrícula, Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.



Delegación (3)		FOLIO NO. (4)	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO, EL MONTO DEL PAGO DE LA MISMA O CORRECCIÓN DE NOMBRE	
Subdelegación (3)				
Unidad Receptora (3)				
I. DATOS DEL PENSIONADO				
(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)				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)		
(10)	(10)	(10)		
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.				
(10)	(10)	(11)	Colonia (11)	
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico	
III. DATOS DE LA PENSIÓN				
(12)				
Régimen		Rama		
(14)		(15)		
Tipo de Pensión		Grupo Familiar		
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO				
Por medio de la presente solicito la modificación de mi pensión por:				
MOTIVO: _____ (16)				

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (17)				
DEL PENSIONADO:		EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:		
Identificación Oficial ()		Identificación Oficial ()		
Documento con NSS ()		Documento que acredite la personalidad que ostente ()		
Documentos que sirvan de apoyo a su solicitud (recibos de pago, comprobantes de inscripción al Seguro Social, entre otros) ()		Otros (Describir) ()		
R.F.C. ()				
VI. OBSERVACIONES (18)				
<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.</p> <p>2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicito el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.</p> <p>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.</p>				
(19)				
Firma o huella digital del Solicitante				
Elaboró		Pago IMSS <input type="checkbox"/> (22) Autorizó	Pago Aseguradora <input type="checkbox"/> (22) Revisó	
(20)	(21)	(22)		
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Matrícula, Nombre, Firma y Cargo		

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo, el monto del pago de la misma o corrección de nombre.	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite por modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo, el monto del pago de la misma o corrección de nombre.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. 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 asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica 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 PENSION (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	Motivo:	Describir el motivo por el cual, el pensionado presenta la solicitud de modificación de la pensión.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
17	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 económica. 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		
18	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
19	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.
20	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.
21	Lugar, fecha y sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
22	Autorizó o revisó: Matrícula, nombre, firma y cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago () Pago IMSS () Pago Aseguradora. Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.

 		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN (1) SUBDELEGACIÓN (2) JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES		
Delegación (3)		FOLIO NO. (4)	SOLICITUD PARA ACREDITAR A TERCERO PARA EL COBRO DE PENSIÓN	
Subdelegación (3)				
Unidad Receptora (3)				
I. DATOS DEL PENSIONADO				
(5)				
Apellido Paterno (6)		Apellido Materno		Nombre (s) (7)
Número de Seguridad Social			C.U.R.P.	
II. DATOS DEL SOLICITANTE				
(8)				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s) (9)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (9)		Teléfono (10)		Colonia (10)
C.P. (9)	Ciudad o Entidad		Correo Electrónico	
III. DATOS DE LA PENSIÓN				
(11)		(12)		
Régimen (13)		Rama (14)		
Tipo de Pensión		Grupo Familiar		
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO				
Solicito se acredite a la persona que se presenta con representación legal para que a mi nombre pueda realizar el cobro de mi pensión:				
a) Apoderado Legal	()			
b) Patria Potestad	() (15)			
c) Tutela	()			
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (16)				
DEL PENSIONADO:		EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:		
Identificación Oficial	()	Identificación Oficial	()	
Documento con NSS	()	Documento que acredite la personalidad que ostente	()	
Comprobante de domicilio	()	Otros (Describir)	()	
VI. OBSERVACIONES: (17)				
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. 2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicito el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución. 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.				
(18)				
Firma o huella digital del Solicitante				
Elaboró			Pago IMSS (21)	Pago Aseguradora (21)
			Autorizó	Revisó
(19)			(21)	
Matrícula, Nombre y Firma	(20)		Matrícula, Nombre, Firma y Cargo	
	Lugar, Fecha y Sello			

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:	Solicitud para acreditar a tercero para el cobro de pensión	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para acreditar a tercero para el cobro de pensión.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. 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. TRAMITE SOLICITADO		
15	Solicitud para acreditar a tercero para cobro de pensión:	Se acredita a la persona que se presenta con representación legal para que realice el cobro de la pensión: <ul style="list-style-type: none"> • Apoderado Legal • Patria Potestad • Tutela
V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO		
16	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 económica. 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		
17	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
18	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.
19	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.
20	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
21	Autorizó o Revisó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago () Pago IMSS () Pago Aseguradora. Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.



Delegación (3)		FOLIO NO. (4)	SOLICITUD PARA EL PAGO DE MENSUALIDADES NO COBRADAS O RECLAMO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A LA PENSIÓN
Subdelegación (3)			
Unidad Receptora (3)			

I. DATOS DEL PENSIONADO		
(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)			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
(10)	(10)	(10)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.		Colonia	
(10)	(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)	
por los siguientes motivos: (18)	

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (19)	
DEL PENSIONADO:	DEL HIJO MENOR DE DIECISÉIS AÑOS:
Identificación Oficial ()	Copia certificada del Acta de Nacimiento ()
Documento con NSS ()	HIJOS MAYORES DE DIECISÉIS AÑOS CON INCAPACIDAD DE CINCUENTA POR CIENTO O MÁS:
R.F.C. ()	Copia certificada del Acta de Nacimiento ()
Copia certificada del Acta de Defunción ()	Formato ST-6 (Dictamen de beneficiario incapacitado) ()
DEL SOLICITANTE:	ASCENDIENTES QUE DEPENDÍAN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO:
Identificación Oficial ()	Copia certificada del Acta de Nacimiento ()
Comprobante de Domicilio ()	Copia certificada de Resolución que acredite la dependencia económica ()
C.U.R.P. ()	CONCUBINA:
Escrito del (los) solicitante(s) del pago de mensualidades no cobradas, mediante el cual, manifieste(n) bajo protesta de decir verdad que son las personas que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo. ()	Copia certificada de Resolución que acredite el concubinato ()
DE LA VIUDA:	LAS PERSONAS QUE DEPENDÍAN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO:
Copia certificada del Acta de Matrimonio ()	Copia certificada de Resolución que acredite la dependencia económica ()
DEL VIUDO:	EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:
Copia certificada del Acta de Matrimonio ()	Identificación Oficial ()
Copia certificada de Resolución que acredite la dependencia económica ()	Documento que acredite la personalidad que ostente ()
Formato ST-6 (Dictamen de beneficiario incapacitado) ()	Otros (describir) ()

VI. OBSERVACIONES (20)	
<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.</p> <p>2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicito el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.</p> <p>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.</p>	

(21) Firma o huella digital del Solicitante		
Elaboró (22) Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello (23)	Autorizó (24) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo

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.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. 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 requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
24	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma o Cargo:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.



Delegación (3)	FOLIO NO. (4)
Subdelegación (3)	
Unidad Receptora (3)	

I. DATOS DEL PENSIONADO

(5)		
Apellido Paterno (6)	Apellido Materno	Nombre (s) (7)
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	

II. DATOS DEL SOLICITANTE

(8)		
Apellido Paterno (9)	Apellido Materno	Nombre (s) (9)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (9)		Colonia (10)
C.P. (9)	Ciudad o Entidad (9)	Teléfono (10)
		Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

Régimen (11)	Rama (12)
Tipo de Pensión (13)	Grupo Familiar (14)

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Por medio del presente solicito el trámite de prórroga por continuación de estudios para:

Nombre completo del alumno (15)	Nombre y clave de la Institución Educativa (16)
1	
2	
3	
4	
5	

Datos que deberán ser llenados por Departamento de Pensiones Subdelegacional

Ciclo escolar (17)	Año escolar (17)	Período de vigencia (incluyendo vacaciones escolares y administrativas) (17)	Lugar y fecha en la que se expide la constancia (17)
1			
2			
3			
4			
5			

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (18)

DEL SOLICITANTE:	()	EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:	()
Identificación Oficial	()	Identificación Oficial	()
Documento con NSS	()	Documento que acredite la personalidad que ostente	()
Constancia de Estudios	()	Otros (Describir)	()

VI. OBSERVACIONES (19)

- 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.
- Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicito el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución.
- 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.

(20)
Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró (21) Matrícula, Nombre y Firma	(22) Lugar, Fecha y Sello	Pago IMSS (23) Autorizó	Pago Aseguradora (23) Revisó
		(23) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo	

Nombre de la forma:	Solicitud de prórroga para el pago de Pensión de Orfandad o de Asignación Familiar por continuación de estudios de hijo mayor de dieciséis años.	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para prórroga para el pago de Pensión de Orfandad o de Asignación Familiar por continuación de estudios de hijo mayor de dieciséis años.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. 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		
15	Nombre completo del alumno:	Apellido paterno y materno y nombre(s) del alumno (huérfano o asignatario).
16	Nombre y clave de la Institución Educativa:	Nombre de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional.
17	Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensión Subdelegacional:	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 la que se expide la constancia
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
18	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 económica.

		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		
19	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
20	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.
21	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.
22	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
23	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma o Cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago () Pago IMSS () Pago Aseguradora. Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.

  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		DELEGACIÓN (1) SUBDELEGACIÓN (2) JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES			
Delegación (3)		FOLIO NO. (4)	SOLICITUD DE PAGO DE PENSIÓN A TRAVÉS DE ACREDITAMIENTO EN CUENTA		
Subdelegación (3)					
Unidad Receptora (3)					
I. DATOS DEL PENSIONADO					
(5)					
Apellido Paterno (6)	Apellido Materno	Nombre (s) (7)			
Número de Seguridad Social		C.U.R.P.			
II. DATOS DEL SOLICITANTE					
(8)					
Apellido Paterno (9)	Apellido Materno	Nombre (s) (9)			
(9)	Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (9)	(10)	Colonia (10)		
C.P. (9)	Ciudad o Entidad (9)	Teléfono (10)	Correo Electrónico (10)		
III. DATOS DE LA PENSIÓN					
(11)		(12)			
Régimen (13)		Rama (14)			
Tipo de Pensión		Grupo Familiar			
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO					
<p>Por medio de la presente autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social para que acredite mensualmente el importe de mi pensión.</p> <p>Nombre del titular (15)</p> <p>Institución bancaria (16)</p> <p>Sucursal (número y nombre) (17)</p> <p>Número de cuenta (18) Número de Cuenta CLABE (19)</p> <p>Acreditamiento a partir del mes de (20)</p>					
<p>El beneficiario de la cuenta bancaria se compromete, para el caso de fallecimiento del pensionado, a notificar al Instituto dentro de los tres días siguientes del acontecimiento, para evitar pagos indebidos, y en el caso de omisión, se compromete a reembolsar al Instituto Mexicano del Seguro Social las mensualidades abonadas con posterioridad al fallecimiento del pensionado, para el caso de haber retirado dichos depósitos, o bien expresamente a autorizar al Banco a efectuar la devolución de estos al IMSS, en términos del artículo 56 de la Ley de Instituciones de Crédito, quedando a salvo los derechos familiares para tramitar ante el IMSS las prestaciones a que tenga derecho de acuerdo a la Ley del Seguro Social.</p>					
(21)		(22)			
Domicilio y teléfono del beneficiario		Nombre y firma o huella digital del beneficiario			
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (23)					
DEL SOLICITANTE:		EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:			
Identificación Oficial ()	()	Identificación Oficial ()	()		
Documento con NSS ()	()	Documento que acredite la personalidad que ostente ()	()		
Documento expedido por la Institución de Crédito autorizada por el IMSS para pago de pensión ()	()	Otros (Describir) ()	()		
VI. OBSERVACIONES: (24)					
<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. Se podrá desistir de continuar con este trámite, la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde solicito el trámite, hasta antes de la notificación de la resolución. 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. 					
(25)					
Firma o huella digital del Solicitante					
Elaboró (26)			Autorizó (28)		
Matrícula, Nombre y Firma	(27)	Lugar, Fecha y Sello	Matrícula, Nombre, Firma y Cargo		

Documento para uso exclusivo del IMSS.

Nombre de la forma:	Solicitud de pago de pensión a través de acreditamiento en cuenta.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de acreditamiento en cuenta.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. 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		
15	Nombre del titular:	Apellidos paterno, materno y nombre(s) del titular de la cuenta bancaria.
16	Institución bancaria:	Nombre de la Institución bancaria donde se apertura la cuenta bancaria.
17	Sucursal (número y nombre)	Número y nombre de la sucursal bancaria que controla la cuenta bancaria.
18	Número de cuenta:	Número asignado a la cuenta por la Institución bancaria.
19	Número de Cuenta	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución bancaria.

	CLABE:	
20	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.
21	Domicilio y teléfono del beneficiario	Ubicación del domicilio del beneficiario así como número telefónico donde se le pueda localizar en la Ciudad donde se presente a suscribir la solicitud (no celular).
22	Nombre y firma o huella digital del beneficiario:	Apellidos paterno y materno y nombre(s) del (de los) beneficiario(s) del titular de la cuenta bancaria, registrado(s) en el contrato bancario. Quien firma de aceptante solidario del titular de la cuenta y se compromete a rembolsar al IMSS las mensualidades abonadas con posterioridad al fallecimiento del pensionado.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
23	Documentos adjuntos:	Anotar 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 económica. 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		
24	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
25	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.
26	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.
27	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
28	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma o Cargo:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.

  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 		
DELEGACIÓN (1) SUBDELEGACIÓN (2) JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES		
Delegación (3) Subdelegación (3) Unidad Receptora (3)	FOLIO NO. (4)	SOLICITUD PARA PRESTAMO A CUENTA DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1973
I. DATOS DEL PENSIONADO		
(5)		
Apellido Paterno (6)	Apellido Materno	Nombre (s) (7)
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
(8)		
Apellido Paterno (9)	Apellido Materno	Nombre (s) (9)
(9)	Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (9)	Colonia (10)
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono (10)
		Correo Electrónico
III. DATOS DE LA PENSIÓN		
(11)		(12)
Régimen (13)		Rama (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 (15)		
DEL PENSIONADO:		
Identificación Oficial ()	Otros (Describir) ()	
Documento con NSS ()		
VI. OBSERVACIONES (16)		
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. 2. De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de pensión. 3. 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). 4. 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		Autorizó
(18)	(19)	(20)
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Matrícula, Nombre, Firma y Cargo

Documento para uso exclusivo del IMSS.

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.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. 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		

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. 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		
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 requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
20	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma o Cargo:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.

  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN (1) SUBDELEGACIÓN (2) JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES						 SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE MATRIMONIO	
Delegación (3) Subdelegación (3) Unidad Receptora (3)			FOLIO NO.			(4)	
I. DATOS DEL ASEGURADO							
No. Seguridad Social (5)		C.U.R.P. (6)		Fecha de Matrimonio (7)		AFORE (8)	
Apellido Paterno			Apellido Materno (9)		Nombre (s)		
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (10)							
Colonia (10)		C.P. (10)	Ciudad o Entidad (10)		Teléfono(s) (10)		
II. DATOS DEL CÓNYUGE							
Apellido Paterno			Apellido Materno (11)		Nombre (s)		
III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO (12)							
Identificación oficial ()	Copia certificada del Acta de Matrimonio ()	Documento con número de seguridad social ()	Clave única de registro de población ()	Documento de la AFORE ()	Otros (especificar) ()		
IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA (13)							
Copia cotejada de la identificación oficial ()			Copia cotejada del Acta de Matrimonio ()		Otros (especificar) ()		
V. RESOLUCIÓN							
No. de Resolución (14)			Elaboró (16)				
Fecha Emisión (15)			Matrícula y Firma				
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. 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:					Recibió:		
(17)		(18)			(19)		
Matrícula, Nombre y Firma		Lugar, Fecha y Sello			Nombre y Firma		

Documento para uso exclusivo del IMSS

Clave: 3300-009-018

Nombre de la Forma:	Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio.	
Clave:	3300-009-018	
Objetivo:	Asentar los datos del asegurado y tramitar la ayuda para gastos de matrimonio del solicitante.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. de elección del 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.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL ASEGURADO		
5	No. de Seguridad Social:	Número asignado por el Instituto al asegurado.
6	C.U.R.P.:	Clave única de registro de la población compuesta de 18 caracteres.
7	Fecha de Matrimonio (DD/MM/AA):	Día, Mes, Año de celebración del matrimonio civil.
8	AFORE:	Administradora de Fondos para el Retiro donde se encuentre registrado el asegurado al momento de solicitar la ayuda.
9	Apellido Paterno: Apellido Materno Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado solicitante.
10	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, así como su número telefónico, de contar con él. Nota: cuando no exista nomenclatura se anotará "domicilio conocido".
II. DATOS DEL CÓNYUGE		

11	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del (la) cónyuge.
III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO		
12	Identificación oficial: () Copia certificada del Acta de Matrimonio: () Documento con número de seguridad social: () Clave única de registro de población () Documento de la AFORE: () Otros (especificar):	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.
IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA		
13	Copia cotejada de la identificación oficial: () Copia cotejada del Acta de Matrimonio: () Otros (especificar):	Una "X" para indicar los documentos que se anexan a la solicitud, de presentar otros especificarlos.
V. RESOLUCIÓN		
14	No. de Resolución:	Número de autorización para pago en la Administradora de Fondos para el Retiro.
15	Fecha de emisión:	Día, mes y año de emisión de la solicitud.
16	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.
17	Entregó: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de la entrega de la solicitud y demás documentación.
18	Lugar, Fecha y Sello:	Municipio o Delegación y día, mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del Servicio.
19	Recibió: Nombre y Firma:	Nombre y firma o huella digital de acuse de recibo del asegurado solicitante; día, mes y año de entrega de resultados al interesado.



Delegación (3)	FOLIO NO. (4)
Subdelegación (3)	
Unidad Receptora (3)	

I. DATOS DEL FINADO			
No. Seguridad Social (5)	C.U.R.P. (6)	Fecha de Defunción (7)	Ramo de Seguro (8)
Apellido Paterno		Apellido Materno (9)	Nombre (s)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (10)			
Colonia (10)	C.P. (10)	Ciudad o Entidad (10)	

II. DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellido Paterno		Apellido Materno (11)	Nombre (s)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (12)			
Colonia (12)	C.P. (12)	Ciudad o Entidad (12)	Teléfono(s) (12)

III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO (13)					
Identificación oficial ()	Copia certificada del Acta de Defunción ()	Documento con número de seguridad social ()	Clave única de registro de población ()	Original de factura de gastos de funeral ()	Otros (especificar) ()

IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA (14)			
Copia cotejada de Identificación oficial ()	Copia cotejada del Acta de Defunción ()	Copia cotejada de la factura de gastos de funeral ()	Otros (especificar) ()

V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS		
SERVICIO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS	SERVICIO DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS	
Pensión Vigente (15)	Responsable de la Certificación (17) Matrícula, nombre(s) y apellidos, firma y sello (o correo electrónico)	Con Derecho (18)
Número Componente (16)		

V. RESOLUCIÓN	
No. Cheque o Volante de pago (19)	Elaboró (21) Matrícula y Firma
Fecha de Emisión (20)	
Fundamento Jurídico Art. 64 Fracc. I y 104, 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. 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.
3. Plazo de resolución: 12 días hábiles.

(22) Matrícula, Nombre y Firma	(23) Lugar, Fecha y Sello	(24) Nombre y Firma
-----------------------------------	------------------------------	------------------------

Nombre de la Forma:	Solicitud de ayuda para gastos de funeral.	
Clave:	3300-009-015	
Objetivo:	Asentar los datos del asegurado o pensionado y tramitar la ayuda para gastos de funeral, en los seguros de Riesgos de Trabajo o Enfermedades y Maternidad.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. de elección del interesado.	
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 depende. 1ra. Copia: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. 2da. Copia: Para el interesado.	
INSTRUCTIVO DE LLENADO		
No.	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: Unidad Receptora:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL FINADO		
5	No. de Seguridad Social:	Número asignado por el Instituto al asegurado.
6	C.U.R.P.:	Clave única de registro de población compuesto de 18 caracteres alfanuméricos
7	Fecha de Defunción:	Fecha que contenga el acta de defunción, con números arábigos el día, mes y año.
8	Ramo de Seguro:	Tipo de seguro en que se solicita la prestación (riesgos de trabajo o enfermedad).
9	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado o pensionado fallecido.
10	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P. , Ciudad o Entidad:	Lugar de residencia del asegurado y/o pensionado fallecido.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
11	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante, quién puede ser

		el estipulado en la factura o a quien éste le ceda el derecho para realizar el trámite y cobro de la ayuda.
12	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s):	Ubicación del domicilio del solicitante, de acuerdo a los datos consignados en el recuadro y número telefónico, de contar con él.
III. Documentación presentada para llenar el formato		
13	Identificación Oficial: () Copia certificada del Acta de Defunción: () Documento con número de seguridad social: () Clave única de registro de población: () Original de factura de gastos de funeral: () Otros (especificar): ()	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.
IV. Documentación anexa		
14	Copia cotejada de Identificación Oficial : () Copia cotejada del Acta de Defunción: () Copia cotejada de la factura de gastos de funeral: () Otros (especificar): ()	Una "X" para indicar los documentos que se anexan a la solicitud, de presentar otros especificarlos.
V. Certificación de derechos		
15	Pensión vigente:	Un "Sí o No", si el finado se encuentra vigente en su calidad de pensionado (sólo en casos de pensionados fallecidos).
16	Número de componente:	El número de componente cuando se trate de beneficiarios pensionados (sólo en casos de pensionados fallecidos).
17	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).
18	Con derecho:	Un "Sí o No" dependiendo si tiene derecho a la prestación.
VI. Resolución		
19	No. de cheque o volante de pago:	Número del documento que ampara el importe de la prestación.
20	Fecha de Emisión:	Día, mes y año de emisión de la solicitud.
21	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. A la entrega del cheque o volante de pago recaba del interesado su nombre y firma como acuse de recibo.
22	Entregó: Matrícula, Nombre y firma:	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de la entrega de la solicitud.
23	Lugar, Fecha y Sello:	Municipio o Delegación y día, mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del Servicio.
24	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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		
 MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA		DELEGACIÓN (1) SUBDELEGACIÓN (2) JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES
		
Delegación (3) Subdelegación (3) U.M.F. Tramitadora y de Control (3)		SOLICITUD DE CELEBRACIÓN DE CONVENIO DE PAGO INDIRECTO Y REEMBOLSO DE SUBSIDIOS
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	Apellido Materno (14)	Nombre (s)
Cargo (15)		
III. DECLARACIONES		
<p>Bajo protesta de decir la verdad ante ese H. Instituto, respetuosamente expongo: Que vengo a solicitar se autorice a la empresa para:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>D. Por su parte, _____ (16) _____ se obliga a :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. <p>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.</p>		
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 éste, 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

Nombre de la Forma:	Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios.
Clave:	3300-009-007
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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Delegación:	Nombre de la Delegación.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Delegación: Subdelegación: U.M.F. Tramitadora y de Control:	Clave identificadora de la Delegación. Clave identificadora de la Subdelegación. 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, anexar 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 PATRON 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. DOCUMENTACION ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD

17	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 ()	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.
----	---	---

	<p>organización sindical, en su caso:</p> <p>Escrito señalando registro patronal, domicilio y número de trabajadores ()</p> <p>relacionados con dicho registro:</p> <p>Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria): ()</p> <p>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: ()</p> <p>Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical, o de no existir éste, escrito de los trabajadores expresando su consentimiento señalando nombre y número de seguridad social: ()</p>	
18.	<p>Entregó:</p> <p>Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal:</p>	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.	<p>Recibió:</p> <p>Matrícula, Nombre, Firma y Sello:</p>	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de recepción de la solicitud y sello del servicio de prestaciones económicas.

México, D.F., a 25 de septiembre de 2013.- La Directora de Prestaciones Económicas y Sociales, Lic. Cristina González Medina.- Rúbrica.