INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDO ACDO.AS2.HCT.291117/308.P.DPES y sus Anexos dictado por el H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria celebrada el día 29 de noviembre de 2017, relativo a la aprobación de los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar para efectuar diversos 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.

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.291117/308.P.DPES, 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, a través de la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficios 210 y 211 del 17 de noviembre de 2017, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Órgano de Gobierno, en reunión celebrada el día 17 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.-** Dejar sin efecto el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.270814/185.P.DPES y sus Anexos, dictado por este Órgano de Gobierno en sesión ordinaria del 27 de agosto de 2014, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de octubre de ese mismo año, relativo a la aprobación de los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar para efectuar diversos trámites 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 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, modalidades: a) Viuda esposa o concubina; b) Viudo esposo o concubinario; **7)** Solicitud de Pensión 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; **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; 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 celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios; **16)** Solicitud de Pago de Subsidios en Cuenta Bancaria modalidades: I. En línea: a) registro; b) modificación de cuenta bancaria; c) baja del registro; y II. En ventanilla: a) registro; b) modificación de cuenta bancaria; c) baja del registro. **Tercero.-** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, para que de manera directa o por conducto de la persona titular 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. **Cuarto.-** Instruir a la persona Titular de la Dirección Jurídica, para que previo dictamen de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria obtenido por la persona Titular de la Dirección de Administración, 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. **Quinto.-** El presente Acuerdo entrará en vigor el día hábil siguiente de su publicación. **Sexto.-** En tanto inicie la vigencia del presente Acuerdo, continuará vigente el diverso ACDO.SA2.HCT.270814/185.P.DPES y Anexos".

Atentamente

Ciudad de México, a 29 de noviembre de 2017.- El Secretario General, **Juan Carlos Velasco Pérez**.- Rúbrica.

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 de 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
- **b.** Copia Certificada de Acta de Adopción
- **c.** Copia Certificada de Acta de Reconocimiento
- **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. 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.

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), apellido paterno y materno.
- Número de Seguridad Social.
- Denominación del documento con el cual se identifica.
- Domicilio.
- Fotografía reciente.
- Firma del interesado.
- 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 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).

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, presentado 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:

a) 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.

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.
- 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.

c) 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 tendentes 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, 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 Órgano de Gobierno. Los pensionados deberán presentar los documentos identificados en los numerales 1 y 2 si la comprobación de supervivencia es presencial; el documento 29, según corresponda, si la comprobación de supervivencia no es presencial y es dentro de la República Mexicana; el documento 30, 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 una prestación económica.

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 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 corresponda ante las autoridades emisoras de los documentos que permita 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.

Una vez realizado el trámite correspondiente, si el pensionado cambia su domicilio dentro de la República Mexicana, presentará el comprobante (documento 24) que se le otorgue ante la ventanilla de Prestaciones Económicas, a fin de verificar si dentro de su nueva circunscripción existe presencia de la institución bancaria en la que se deposita el pago de su pensión. En su caso, deberá realizar nuevo contrato con alguna de las instituciones bancarias autorizadas dentro de la circunscripción e informar el número de cuenta, Clave Bancaria Estandarizada e Institución de Crédito con la que apertura cuenta a su nombre para recibir el pago de la pensión.

Si el pensionado traslada su domicilio en el extranjero, el pensionado podrá seguir recibiendo el pago de su pensión en la institución bancaria que determine, en cuyo caso los gastos administrativos correrán por cuenta de éste. Si el pensionado decide que el pago de la pensión se realice a través de una institución bancaria del extranjero, deberá informar al Instituto el número de cuenta, Clave Bancaria Estandarizada, código internacional, localidad, sucursal e Institución de Crédito con la apertura nueva cuenta a su nombre para recibir el pago de la pensión. Adicionalmente, deberá presentar al Instituto, el documento 25 o 26, según corresponda.

El pensionado de nacionalidad extranjera, podrá solicitar la aplicación de convenio internacional, 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 y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPPSO) 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 2 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 16, 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 16, se podrá realizar las 24 horas los 365 días del año.

LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES

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.
- Cédula Profesional, expedida por la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Profesiones.
- Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Cartilla del Servicio Militar Nacional emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional.
- Cédula de Identidad Personal emitida por la Secretaría de Gobernación.
- Documento con fotografía expedido por la 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.
- Cédula de Identidad Personal emitida por la Secretaría de Gobernación.
- Documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde reside el menor, a través del cual se haga constar la identidad del mismo.

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.
- Cédula Profesional, expedida por la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Profesiones.

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 delegacional;

4. Clave Única 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, 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.

Este documento se deberá presentar por los solicitantes mayores de edad, dentro de los cinco días naturales siguientes a la notificación de la resolución a través de la cual se otorgue la pensión, sin embargo el solicitante podrá entregarlo desde el día que presente su Solicitud de Pensión, esto de conformidad con lo previsto en el artículo 109 de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

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 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. Última 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 QUEDARÁN 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.

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 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. Tratándose de cónyuge viudo esposo, se presumirá cumplido el requisito de la dependencia económica acreditado el parentesco, atendiendo lo previsto en el artículo 68 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, por lo que la Copia Certificada del Acta de Matrimonio acreditará 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, mismas que se vinculan con el pensionado fallecido.

22. Copia certificada de la constancia de periodos 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.

23. 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 de las Entidades Federativas y del Distrito Federal 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 periodo 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.

24. 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".

25. 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.

26. 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.

27. 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.
- 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.

28. Copia certificada del testimonio notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral que se ostenta como patrón. (Acta constitutiva)

29. 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).

30. 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.
  - 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.

31. 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.

32. 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.

33. 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.

34. 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.

35. 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.

36. 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.

37. “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.

38. 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.

39. “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.

TRÁMITES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE PRESTACIONES EN DINERO

1. SOLICITUD DE PENSIÓN 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 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.

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 aquel 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 aquel 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, 2, 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), 6, 7, 14 y 31 (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, 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) ó 14, en caso de que 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: 23; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 33; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 35, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia al menos cada seis meses o en el periodo que señale el Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica. Si no se comprueba la supervivencia en la forma y términos que se indica en el presente Acuerdo, el pago de la pensión será suspendido.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras, la comprobación de supervivencia se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con su aseguradora.

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. Para los pensionados que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. 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.

2. SOLICITUD DE PENSIÓN 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 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.

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 aquel 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 aquel 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, 2, 3, 4, 5 (este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997 y su solicitud de refiere a invalidez con carácter definitivo), 6, 7, 14 y 32 (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) ó 14, en caso de que 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: 23; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 33; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 35, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia al menos cada seis meses o en el periodo que señale el Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica. Si no se comprueba la supervivencia en la forma y términos que se indica en el presente Acuerdo, el pago de la pensión será suspendido.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras, la comprobación de supervivencia se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con su aseguradora.

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. Para los pensionados que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. 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.

3. SOLICITUD DE PENSIÓN DE CESANTÍA 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 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.

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 aquel 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 aquel 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, 2, 3, 4, 5 (Este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997), 6, 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, 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) ó 14, en caso de que 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: 23; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 33; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 35, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia al menos cada seis meses o en el periodo que señale el Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica. Si no se comprueba la supervivencia en la forma y términos que se indica en el presente Acuerdo, el pago de la pensión será suspendido.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras, la comprobación de supervivencia se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con su aseguradora.

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. Para los pensionados que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. 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.

4. SOLICITUD DE PENSIÓN 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 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.

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 aquel 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 aquel 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, 2, 3, 4, 5, 6, 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, 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) ó 14, en caso de que 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: 23; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 33; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 35, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia. Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras, la comprobación de supervivencia se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con su aseguradora.

5. SOLICITUD DE PENSIÓN DE RETIRO, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ A TRAVÉS 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 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.

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 aquel 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 aquel 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:

- 8 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”, Forma IMSS (2) (42).

Documentos:

Los identificados con los numerales del apartado “Lista de documentos a presentar en los trámites”:

- **Del asegurado:** 1, 2, 3, 4, 5 (este requisito es aplicable si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997), 6, 7, 14 y 22.

  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) ó 14, en caso de que 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: 23; Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 33; y Ascendiente: 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 35, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia al menos cada seis meses o en el periodo que señale el Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica. Si no se comprueba la supervivencia en la forma y términos que se indica en el presente Acuerdo, el pago de la pensión será suspendido.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras, la comprobación de supervivencia se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con su aseguradora.

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. Para los pensionados que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. 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.

6. SOLICITUD DE PENSIÓN DE VIUDEZ.

Modalidades:

A. Viuda- Esposa o Concubina

B. Viudo- Esposo o Concubinario

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 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.

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 aquel 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 aquel 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: 2, 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: 2 y 17.

- **Del beneficiario:** 1, 3, 4, 6, 7 y 14.

  Documentos adicionales por Modalidad:

  A. Viuda-Esposa o Concubina:

  - Tratándose de esposa, 15 (cuya fecha de expedición sea posterior a la fecha de defunción del asegurado o pensionado fallecido).
  - Tratándose de concubina, 19 ó 14 (respecto de los hijos en común), en caso de que la beneficiaria y el asegurado o pensionado hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.

  B. Viudo-Esposo o Concubinario:

  - Tratándose de esposo, 15, cuya fecha de expedición sea posterior a la fecha de defunción de la asegurada o pensionada. Dicho documento servirá para comprobar la dependencia económica del solicitante.
  - Tratándose de concubinario, 19 ó 14 (de los hijos en común), en caso de que el beneficiario y la asegurada o pensionada hubieren procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato. Asimismo, 18, del solicitante concubinario, respecto de la asegurada o pensionada fallecida, al momento del fallecimiento de ésta, o bien, 35, cuando el viudo concubinario de la asegurada o pensionada, se encuentre registrado ante el Instituto como beneficiario de ésta.
  - 33, sólo tratándose del Régimen de Pensiones de la Ley del Seguro Social de 1973.

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.

Es obligación de los pensionados comprobar supervivencia al menos cada seis meses o en el periodo que señale el Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica. Si no se comprueba la supervivencia en la forma y términos que se indica en el presente Acuerdo, el pago de la pensión será suspendido.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras, la comprobación de supervivencia se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con su aseguradora.

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. Para los pensionados que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. 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.

7. SOLICITUD DE PENSIÓN 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 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.

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 aquel 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 aquel 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: 2, 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: 2 y 17.

- **Del representante legal del beneficiario, en su caso:** 1, 4 y 27.
- **Del beneficiario:** 1, 3, 4, 6, 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: 23.

  C. Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 33.

Es obligación de los pensionados comprobar supervivencia al menos cada seis meses o en el periodo que señale el Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica. Si no se comprueba la supervivencia en la forma y términos que se indica en el presente Acuerdo, el pago de la pensión será suspendido. Tratándose de menores de edad, deberán presentarse con su representante legal.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras, la comprobación de supervivencia se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con su aseguradora.

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. Para los pensionados que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. 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.

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 continuaren estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, deberán presentar los comprobantes respectivos (documento 23) 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 continuaren estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, o bien, hayan alcanzado una edad mayor a está y hasta los veinticinco años, habiendo realizado estudios prorrogándose el goce de la pensión y dejaren 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, cuando los pensionados por orfandad cumplan los dieciséis años de edad, el Instituto Mexicano del Seguro Social realizará por oficio el pago del finiquito señalado y, en su caso, procederá a realizar los pagos de pensión por la prórroga a que tenga derecho el menor.

8. SOLICITUD DE PENSIÓN 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 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.

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 aquel 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 aquel 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: 2, 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: 2 y 17.

- **Del beneficiario:**

  ● 1, 3, 4, 6, 7, 14 y

  ● 18, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste, o bien, 35, cuando los ascendientes del asegurado o pensionado, se encuentren registrados ante el Instituto como beneficiarios del primero.

Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, pagadas a través de compañías aseguradoras, la comprobación de supervivencia se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con su aseguradora.

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. Para los pensionados que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará a través de las oficinas consulares mexicanas. 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.

9. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN 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 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.

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 día 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 aquel 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 aquel 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 y 2, 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 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.

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 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.

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 aquel 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 aquel 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.

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.

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.

11. SOLICITUD PARA EL PAGO DE MENSUALIDADES NO COBRADAS O RECLAMO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A LA PENSIÓN.

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 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.

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 aquel 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 aquel 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, 2 y 6.

B. Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado:

- **Del pensionado:** 2 y 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 21.

  Adicionales por solicitante:

- **De la viuda:** 15.
- **Del viudo:** 15, 18 o 35 y 33. Tendrá derecho a recibir las mensualidades el viudo que hubiese dependido económicamente de la pensionada y que tenga una incapacidad del cincuenta por ciento o más.

- **Hijos menores de dieciséis años:** 14.
- **Hijos mayores de dieciséis años con incapacidad de cincuenta por ciento o más:** 14 y 33. Tendrá derecho a recibir las mensualidades si tiene una incapacidad del cincuenta por ciento o más.
- **Ascendientes que dependían económicamente del pensionado:** 14 (del pensionado) y 18 (del solicitante respecto del asegurado, este requisito no será obligatorio, cuando los ascendientes se encuentren registrados por el Instituto como beneficiarios del asegurado o pensionado, en tal caso, se deberá presentar el documento 35.
- **Concubina:** 19.
- **Las personas que dependían económicamente del pensionado:** 18.

12. SOLICITUD PARA PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN 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 de 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 descuente 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 CELEBRACIÓN DE CONVENIO DE PAGO INDIRECTO Y REEMBOLSO DE SUBSIDIOS.

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, 36, 37, 38 y 39.
- Tratándose de patrón persona moral: 1 y en su caso 27 (del Representante legal), 28, 9, 10, 36, 37, 38 y 39.

16. SOLICITUD DE PAGO DE SUBSIDIOS EN CUENTA BANCARIA

Modalidades:

I. En línea:

A. registro;

B. modificación de cuenta bancaria;

C baja del registro.

II. En ventanilla:

A. registro;

B. modificación de cuenta bancaria;

C. baja del registro.

Plazo máximo de la resolución del trámite:

- El mismo día, tanto en línea como en ventanilla.

Plazo de prevención:

- En mismo momento que se genera el trámite.

Vigencia de la resolución

- Permanente en tanto no exista una modificación en la cuenta.

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 alta, modificación o baja del registro del 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.

En cualquier momento el solicitante podrá modificar o dar de baja el registro de su cuenta bancaria.

El trámite se podrá realizar en las ventanillas institucionales o a través de la plataforma que el Instituto ponga a disposición para tal efecto, para lo cual el asegurado deberá ingresar a través del uso de su Firma Electrónica Avanzada, cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria. Los actos que se realicen en dicha plataforma se considerarán realizados por el asegurado, por lo que las consecuencias jurídicas de los mismos, les serán directamente imputables a éste.

Los asegurados que no deseen recibir el pago de los subsidios a su favor a través del depósito en su cuenta bancaria, podrán seguir recibiendo los pagos que les corresponde en las ventanillas de las instituciones bancarias a través del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo.

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.

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

IMSS

FORMA IMSS (2) (42)

SOLICITUD DE PENSIÓN

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 ( ) La valuación es de hasta el 25%.	Indemnización Global ( ) o Pensión ( ) La valuación es mayor al 25% y hasta el 50%. No procederá modificar la forma de pago una vez elegido (art. 58 fracción III).	Pensión ( ) La valuación es mayor al 50%.

II.2 EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR (14 C)

SI ( )		**NO ( )**
Esposa o concubina ( )	Hijo menor de 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) _____.

IV. DATOS DEL SOLICITANTE

	(16)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

(17)	(18)	(19)	(20)
C.U.R.P.	Domicilio Calle y No.	Colonia	C.P.

(21)	(22)	(23)
Ciudad o Entidad	Correo Electrónico	Teléfono

En este acto, autorizó 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.

V. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS O ASIGNATARIOS FAMILIARES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Sexo	CURP
(24)	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)	(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.

VI. 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

VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO (29)

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

Credencial ADIMSS	( )	Cédula profesional	( )	Cartilla del servicio militar	( )
Credencial para votar	( )	Pasaporte	( )	Cédula de identidad personal	( )
Documento Expedido por la Delegación o Municipio	( )	Carta de naturalización	( )	Constancia de estudios	( )
Documento migratorio	( )	Tarjeta de residencia	( )		

DOCUMENTO CON NSS					
IMSS	( )	INFONAVIT	( )	AFORE	( )
COMPROBANTE DE DOMICILIO					
Credencial para votar, en caso de coincidir con este	( )	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 DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN**	( )	**ACTA DE DEFUNCIÓN**	( )
CONSTANCIA DE PERÍODOS DE COTIZACIÓN RECONOCIDOS IMSS-ISSSTE	( )	**DICTAMEN ST-3**	( )	**DICTAMEN ST-4**	( )

VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO (30)					
IDENTIFICACIÓN OFICIAL					
Credencial ADIMSS	( )	Cédula profesional	( )	Cartilla del servicio militar	( )
Credencial para votar	( )	Pasaporte	( )	Cédula de identidad personal	( )
Documento Expedido por la Delegación o Municipio	( )	Carta de naturalización	( )	Constancia de estudios	( )
Documento migratorio	( )	Tarjeta de residencia	( )		
COMPROBANTE DE DOMICILIO					
Credencial para votar, en caso de coincidir con éste	( )	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 DE 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/CÓNYUGE ESPOSO O CONCUBINARIO**	( )
COPIA CERTIFICADA DE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA	( )	**COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DEL CONCUBINATO**	( )	**CONSTANCIA DE ESTUDIOS**	( )
OTROS	( )				

IX. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (31)					
IDENTIFICACIÓN OFICIAL					
Credencial ADIMSS	( )	Cédula profesional	( )	Cartilla del servicio militar	( )
Credencial para votar	( )	Pasaporte	( )	Cédula de identidad personal	( )
Documento Expedido por la Delegación o Municipio	( )	Documento migratorio	( )	Tarjeta de residencia	( )
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	( )		

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

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. 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.
3. 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.
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. 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.
6. Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.
7. 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

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 Causantes 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: ▪ Ciclo escolar. ▪ Año escolar. ▪ Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). • Lugar y fecha en que se expide la constancia.
IV. 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).
V. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS O ASIGNATARIOS FAMILIARES.		
24	Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Fecha de Nacimiento, Parentesco, Sexo y CURP:	• 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. 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).
VII. 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.
VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/0 BENEFICIARIO.		
30	Documentos adjuntos del Solicitante y/o Beneficiario:	Una “X”, en el casillero que corresponda a los documentos entregados por él solicitante y/o beneficiario del trámite respectivo.
IX. 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:	• 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 requisita 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	Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar,

	Solicitante:	hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

IMSS

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN

Delegación **(1)** Subdelegación **(2)** Unidad Receptora **(3)**	FOLIO NO. **(4)**

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) Apellido Paterno	(6) Apellido Materno	(6) Nombre (s)
(7) Número de Seguridad Social	(8) C.U.R.P.	

II. DATOS DEL SOLICITANTE

(9) Apellido Paterno	**(9)** Apellido Materno	**(9)** Nombre (s)
(10) Domicilio: Calle y Número Int. Ext.		**(11)** Colonia
(12) C.P.	**(13)** Ciudad o Entidad	**(14)** Teléfono	**(15)** Correo Electrónico

III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

(16) Apellido Paterno	**(16)** Apellido Materno	**(16)** Nombre(s)
(17) C.U.R.P.	**(18)** Identificación	**(19)** Teléfono
Apoderado Legal **(20)** ( ) Patria Potestad **(20)** ( ) Tutor **(20)** ( ) Personalidad Jurídica		**(21)** Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición

IV. DATOS DE LA PENSIÓN

(22) Régimen	**(23)** Rama
(24) Tipo de Pensión	**(25)** 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	( )
Calificación 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 de 16 años ( )	Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante ( )
Hijo mayor de 16 años incapacitado ( )	Ascendientes padre/madre ( )	
Beneficiario de pensión de orfandad **(32)** ( )		
Hijo menor de 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) Nombre de la institución bancaria	**(35)** Número de Cuenta CLABE	**(36)** 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	( )	Cédula profesional	( )	Cartilla del servicio militar	( )
Credencial para votar	( )	Pasaporte	( )	Cédula de identidad personal	( )
Documento Expedido por la Delegación o Municipio	( )	Carta de naturalización	( )	Constancia de estudios	( )
Documento migratorio	( )	Tarjeta de residencia	( )		
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 CRÉDITO 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	( )	Cédula profesional	( )	Cartilla del servicio militar	( )
Credencial para votar	( )	Pasaporte	( )	Cédula de identidad personal	( )
Documento Expedido por la Delegación o Municipio	( )	Documento migratorio	( )	Tarjeta de residencia	( )
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)

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. 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.
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.
4. Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.
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.

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		Pago IMSS ☐ **(47)** Autorizó	Pago Aseguradora ☐ **(48)** Revisó
(49) Matrícula, Nombre y Firma	**(50)** Lugar, Fecha y Sello	**(51)** 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 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

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.
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	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es por modificación de pensión por hechos que

	de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago de la misma:	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: • 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. • 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)
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. • Esposa o Concubina. • Hijo Menor de 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. • Hijo menor de 16 años • Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante • Hijo mayor de 16 años incapacitado
33	Manifiesto que el(los) 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: • Ciclo escolar. • Año escolar. • Periodo 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:	• 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 acredito 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: Matrícula, Nombre y	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.

	Firma:	
50	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.
51	Matrícula, 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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SOLICITUD PARA EL PAGO DE MENSUALIDADES NO COBRADAS O RECLAMO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A LA PENSIÓN

IMSS

Delegación	**(1)**	FOLIO NO.	**(4)**
Subdelegación	**(2)**		
Unidad Receptora	**(3)**		

I. DATOS DEL PENSIONADO

(5) Apellido Paterno	**(5)** Apellido Materno	**(5)** Nombre (s)
(6) Número de Seguridad Social	**(7)** C.U.R.P.	**(8)** R.F.C. con Homoclave

II. DATOS DEL SOLICITANTE

(9) Apellido Paterno	**(9)** Apellido Materno	**(9)** Nombre (s)
	(10) Domicilio: Calle y Número Int. Ext.	**(10)** Colonia
(10) C.P.	**(10)** Ciudad o Entidad	**(11)** Teléfono / **(11)** Correo Electrónico

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(12) Régimen	**(13)** Rama
(14) Tipo de Pensión	**(15)** 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 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	( )	Dictamen ST-6	( )
DEL SOLICITANTE:		**ASCENDIENTES QUE DEPENDÍAN 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:**	( )
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 concubinato	( )
DE LA VIUDA:		**LAS PERSONAS QUE DEPENDÍAN 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)	( )

VI. OBSERVACIONES (20)

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	**(23)** Lugar, Fecha y Sello	Autorizó **(24)** 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 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

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 requisita 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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SOLICITUD PARA PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN

DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1973

IMSS

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)

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. 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.

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 préstamo a cuenta de pensión del régimen de la Ley del Seguro Social 1973", 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

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 requisita 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.

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SOLICITUD DE OTORGAMIENTO DE AYUDAS

IMSS SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Delegación **(1)** Subdelegación **(2)** Unidad Receptora **(3)**			FOLIO NO. **(4)**
(5) PARA GASTOS DE FUNERAL ( )	**ASEGURADO** ( ) **PENSIONADO** ( )	**(5) PARA GASTOS DE MATRIMONIO ASEGURADO** ( )	

I. 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)**		

II. 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	Con Derecho **(21)**
Número Componente **(19)**	**(20)** Matrícula, nombre(s) y apellidos, firma y sello (o correo electrónico)	

VI. RESOLUCIÓN

FUNERAL	Elaboró	**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	**(26)** 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. 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)** Matrícula, Nombre y Firma	**(28)** Lugar, Fecha y Sello	**Recibió:** **(29)** 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

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.
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 del empleado responsable de la recepción de la documentación y revisión del

	Matrícula y Firma:	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 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.

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)** Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal	**(19)** Lugar, Fecha y Sello de la Empresa	Recibió: **(20)** 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 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 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

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, 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 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.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SOLICITUD DE ALTA, MODIFICACIÓN O BAJA DEL REGISTRO DE PAGO DE SUBSIDIOS EN CUENTA BANCARIA

IMSS

Delegación	**(1)**	Fecha de emisión
Subdelegación	**(2)**	
U.M.F. Tramitadora y de Control	**(3)**	Folio

I. TIPO DE TRÁMITE (4)

En línea ( )	Ventanilla ( )	
Alta ( )	Baja ( )	Modificación ( )

II. DATOS PERSONALES

Nombre completo: **(5)**		
Número de Seguridad Social: **(6)**	CURP: **(7)**	Institución bancaria: **(8)**
Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE): **(9)**	Tipo de identificación: **(10)**	Firma Electrónica Avanzada (FIEL o e.firma): **(11)**

III. DATOS DE CONTACTO ALTA O MODIFICACIÓN

Correo electrónico: **(12)**	Teléfono fijo: **(13)**	Teléfono celular: **(14)**

IV. DATOS MODIFICADOS

Institución bancaria: **(8)**	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE): **(9)**

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO (15)

Tipo de identificación **(10)**		
Credencial ADIMSS ( )	Cédula profesional ( )	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 **(6)**		
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 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 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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la forma:		**Solicitud de alta, modificación o baja del registro de pago de subsidios en cuenta bancaria**
Objetivo:		Registrar datos del asegurado solicitante para que el pago de los subsidios a que tenga derecho a recibir, se realice a través del depósito en su cuenta bancaria.
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 depositarán los importes del subsidio, o que será dada de baja en su caso.
9	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la institución bancaria, o que será dada de baja en su caso.
10	Tipo de identificación:	Documento con el que acredite su personalidad
11	Firma Electrónica Avanzada:	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.
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
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS AL 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 alta, modificación o baja del registro para el pago de subsidios en cuenta bancaria y documentos probatorios en la unidad receptora
17	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
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 29 de noviembre de 2017.- El Director de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS, **Santiago De Maria Campos Meade**.- Rúbrica.

(R.- 464553)