

ANEXO "B"

Comprende los formatos y sus instructivos de llenado que respaldan los trámites correspondientes a las prestaciones en dinero previstas en la Ley del Seguro Social, mismos que forman parte del presente Acuerdo.

gov.mx						
Instituto Mexicano del Seguro Social						
SOLICITUD DE PENSIÓN				FORMA IMSS (2) (42)		
OOAD (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)		(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 ()				
III.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%.		
III.2 EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR (14 C)						
SI ()			NO ()			
Esposa o concubina ()	Hijo menor y hasta 16 años ()			Procede ayuda asistencial		
Hijo mayor de 16 años incapacitado ()	Ascendientes: Padre () Madre ()					
Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante ()						
III.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)	(16)		(16)			
Apellido Paterno (17)	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			
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.						
			Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 opción 3 http://atención.contactoimss.com.mx			

Insituto Mexicano 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 ()	Documento migratorio ()	Tarjeta de residencia ()
Credencial para votar ()	Pasaporte ()	Cartilla del servicio militar ()
Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio ()	Carta de naturalización ()	Constancia de estudios ()
COMPROBANTE DE DOMICILIO		
Credencial para votar, en caso de coincidir con 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 ()		
DOCUMENTO DE AFORE ()		
DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO ()		
COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN ()	ACTA DE DIVORCIO ()	ACTA DE DEFUNCIÓN ()
CONSTANCIA DE PERÍODOS DE COTIZACIÓN RECONOCIDOS IMSS-ISSSTE ()	COPIA CERTIFICADA DE LA DENUNCIA POR DESAPARICIÓN ()	DICTAMEN ST-4 ()
		DICTAMEN ST-3 ()

VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO (30)

IDENTIFICACIÓN OFICIAL		
Credencial ADIMSS ()	Documento migratorio ()	Tarjeta de residencia ()
Credencial para votar ()	Pasaporte ()	Cartilla del servicio militar ()
Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio ()	Carta de naturalización ()	Constancia de estudios ()
COMPROBANTE DE DOMICILIO		
Credencial para votar, en caso de coincidir con 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 ()		
DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO CON CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA ()		
COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN ()	DICTAMEN ST-6 ()	CONSTANCIA DE ESTUDIOS ()
COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA ()	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO ()	OTROS ()
	COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DEL CONCUBINATO ()	

IX. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (31)

IDENTIFICACIÓN OFICIAL		
Credencial ADIMSS ()	Pasaporte ()	Cartilla del servicio militar ()
Credencial para votar ()	Documento migratorio ()	Tarjeta de residencia ()
Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio ()		
DOCUMENTO QUE ACREDITA LA PERSONALIDAD		
Copia certificada del poder notarial para actos de administración ()	Copia certificada del poder notarial especial ()	Acta de nacimiento ()



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
 C. P. 06600, Ciudad de México.
 Tel. 800 623 23 23 opción 3
<http://atención.contactoimss.com.mx>

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)
Clave Bancaria Estandarizada:	(32)	Acreditamiento a partir del mes de	(32)
Avisos: (33)			
<p>1. Este trámite es gratuito.</p> <p>2. A efecto de darle aviso de la procedencia de su Solicitud de Pensión y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, podrá presentarse en la ventanilla de la Unidad de Medicina Familiar a partir del</p> <p>3. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.</p> <p>4. 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.</p> <p>5. La falta de asistencia para recibir la notificación de la resolución impedirá que se realice el pago de la pensión solicitada.</p> <p>6. Es obligación del pensionado y sus asignatarios comprobar supervivencia en la forma y términos que determine el H. Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica.</p> <p>7. Para el pago de tu pensión, puedes utilizar una cuenta a tu nombre del banco de tu preferencia, sin embargo, el IMSS no se hará responsable del cobro de comisiones por parte de la institución bancaria. Para evitar que tu cuenta sea sujeta a cobro de comisiones por consultas de saldo o disposiciones de efectivo, puedes registrar una cuenta en alguna de las instituciones bancarias que tienen convenio con el Instituto (solicita más información en las ventanillas o visita www.imss.gob.mx/pensiones)</p> <p>8. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al Centro de Contacto del IMSS al 800-623-23-23 opción 3, o bien al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-66 o en la Ciudad de México al 55-2000-3000.</p> <p>9. Recuerde solicitar orientación en su AFORE para retirar los recursos de su cuenta individual, una vez que obtenga una resolución de pensión.</p>			
Firma otra persona a su ruego: (34)		SI ()	NO ()
Nombre completo	(35)	Identificación	(36)
Domicilio	(38)	No. o Clave	(37)
X. FIRMAS			
Declaraciones: (39)			
-En este acto me doy por enterado y acepto que me sea notificada la resolución del trámite a través de los medios de comunicación electrónica, siempre y cuando se pueda comprobar fehacientemente su notificación y recepción electrónica, tendrá la misma validez que la notificación con firma autógrafa del suscrito, de conformidad con el artículo 286 M de la LSS 1997.			
-Autorizo al personal de los Servicios de Prestaciones Económicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que me notifique de manera personal, a través de los medios de comunicación electrónica o de localización proporcionados, respecto de cualquier situación posterior a la resolución del trámite.			
-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que, ____ (sí o no) disfruto de alguna otra pensión concedida por el Instituto, al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.			
-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que, a la fecha de firma de la presente solicitud, ____ (sí o no) he realizado disposición de recursos de mi cuenta individual.			
-Hago constar que los datos e información proporcionados, se encuentran actualizados a la fecha y me comprometo a informar a los Servicios de Prestaciones Económicas y de Afiliación Vigencia de Derechos, cualquier modificación a los mismos.			
-Declaro bajo protesta de decir verdad que, la información y documentación proporcionada es verídica y jurídicamente válida; en caso de detectar falsedad en ellas, por engaño o aprovechamiento de error; ya sea en virtud de simulación o cualquier otro acto, tengo pleno conocimiento que el Instituto realizará la denuncia correspondiente, en los términos del Código Penal Federal.			
(40) Firma o huella digital del Solicitante			
Elaboró (41)		(42)	
Matrícula, Nombre y Firma		Lugar, Fecha y Sello	
Documento para uso exclusivo del IMSS.		Clave: 3A10-009-139	
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, Alcaldía 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			
			
		Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 opción 3 http://atencion.contactoimss.com.mx	

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:	Solicitud de pensión Forma IMSS (2) (42).	
Clave:	3A10-009-139	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de la pensión solicitada: Retiro, Viudez, Orfandad y Ascendientes. En casos de excepción: Incapacidad Permanente, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas a través de los sistemas de pensiones utilizados para este fin. 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	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Unidad Receptora:	Síglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO		

5	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
6	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
7	Sexo:	"M" para masculino y "F" para femenino.
8	Fecha de Nacimiento:	Con número arábigo día, mes y año de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
9	Fecha de Defunción:	Con número arábigo día, mes y año, de la fecha de fallecimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
10	Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) completo del asegurado y/o pensionado.
11	Estado Civil:	Estado civil del asegurado y/o pensionado, que se debe acreditar legalmente.
12	AFORE (Nombre):	Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado.
13	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través del Sistema de Administración Tributaria.
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.
III.1 EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE		
14 B	En caso de incapacidad permanente.	Una "X" en el casillero que señale si el solicitante optó por una Indemnización Global o una Pensión considerando las características del dictamen emitido por los Servicios de Salud en el Trabajo.
III.2 EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR		
14 C	En caso de asignación familiar.	Una "X" en el casillero que señale el tipo de Asignación Familiar.
III.3 EN CASO DE PRÓRROGA DE PENSIÓN DE ORFANDAD		
14 D	En caso de prórroga de pensión de orfandad.	Una "X" en el casillero que señale el tipo Prórroga de Pensión de Orfandad, siendo las posibles por continuar estudios o por incapacidad.
15	Manifiesto que el(los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años...	<p>Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional.</p> <p>Lenar con los datos de la constancia de estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo escolar. • Año escolar. • Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). • Lugar y fecha en que se expide la constancia.
IV. DATOS DEL SOLICITANTE		
16	Nombre del solicitante:	Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, apellido materno 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.
V. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS O ASIGNATARIOS FAMILIARES		
24	Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Fecha de Nacimiento, Parentesco, Sexo y CURP:	<ul style="list-style-type: none"> • Asentar el Apellido Paterno del beneficiario o asignatario familiar • Asentar el Apellido Materno del beneficiario o asignatario familiar • Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar • Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). • Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación. • Asentar el sexo al cual se pertenece, "M" para masculino y "F" para femenino. • Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población.
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/O 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, Institución Bancaria, Clave Bancaria Estandarizada y Acreditamiento a partir del mes de:	<ul style="list-style-type: none"> Nombre del Titular: Apellido paterno, materno y nombre (s) del titular de la cuenta bancaria. 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. 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	Avisos	Notas o consideraciones que debe conocer el solicitante respecto de su trámite.
34	Firma otra persona a su ruego:	Una "X" en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante.
35	Nombre de la persona que firma a ruego:	Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre.
36	Identificación de la persona que firma a ruego:	Documento con el que acredite su persona.
37	Número o Clave:	Número o Clave del documento con el cual acreditó su persona.
38	Domicilio:	Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego.
X. FIRMAS		
39	Declaraciones	Manifestaciones que debe realizar el solicitante, mismas que rigen su actuar y obligaciones respecto del trámite, así como la veracidad jurídica de la información y documentación que presenta.
40	Firma o huella digital del Solicitante:	Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste.
41	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.
42	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.

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

**Solicitud de Pensión
(1)**

Folio No.

(2)

Fecha de Emisión

**(3) / (3) / (3)
DD MM AAAA**

OOAD:

(4)

Subdelegación:	(5)
Unidad de Medicina Familiar Receptora:	(6)

I. Datos del Asegurado o Pensionado			
Número de Seguridad social (7)	CURP (8)	RFC (9)	Sexo M <input type="radio"/> H <input type="radio"/> (10)
Nombre(s) (11)	Primer Apellido (11)	Segundo Apellido (11)	
Fecha de Nacimiento (12) / (12) / (12) DD MM AAAA	Fecha de Defunción (13) / (13) / (13) DD MM AAAA	Estado Civil (14)	Nombre de la AFORE (15)

II. Tipo de Trámite que Solicita (16)		
<input type="radio"/> Incapacidad Permanente	<input type="radio"/> Retiro	<input type="radio"/> Vejez
<input type="radio"/> Invalidez	<input type="radio"/> Cesantía en Edad Avanzada	<input type="radio"/> Viudez
<input type="radio"/> Orfandad	<input type="radio"/> Ascendientes	<input type="radio"/> Portabilidad IMSS-ISSSTE
		<input type="radio"/> Aplicación de Convenio Internacional

III. Incapacidad Permanente (Enfermedad, Accidente de Trabajo o Muerte) (17)		
<input type="radio"/> Indemnización Global Si la valuación es de hasta el 25%	<input type="radio"/> Indemnización Global <input type="radio"/> Pensión Si la valuación es mayor al 25% y hasta el 50% Una vez elegido no se podrá modificar (Art.58 Fracción III LSS)	<input type="radio"/> Pensión Si la valuación es mayor al 50% o se trata de un dictamen con carácter provisional o fallecimiento

IV. En caso de Asignación Familiar (18)	
<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
 <p>Página 1 de 4</p> <p>Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 opción 3 http://atención.contactoimss.com.mx</p>	

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

<input type="radio"/> Esposa o Concubina	<input type="radio"/> Hijo Menor y hasta 16 Años	<input type="radio"/> Procede Ayuda Asistencial
<input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 Años Incapacitado	Ascendientes	
<input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 hasta 25 Años Estudiante	<input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre	

V. En caso de Prórroga de Estudios (19)

<input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 Años hasta 25 Años Estudiante	<input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 Años Incapacitado
Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentran inscritos en la institución _____ (20) con clave _____ (20) al ciclo escolar _____ (20) y año escolar _____ (20); se entrega constancia de estudios con una vigencia _____ (20) a _____ (20), con fecha y lugar de _____ (20).	

VI. Datos del Solicitante						
Nombre(s) (21)		Primer Apellido (21)		Segundo Apellido (21)		
CURP (22)	Código Postal (23)	Calle, Número Exterior y Número Interior (23)		Colonia (23)		
Entidad Federativa (23)		Correo Electrónico (24)		Teléfono (Lada y Número) (25)		
VII. Datos de los Beneficiarios (26)						
CURP (26)	Nombre(s) (26)	Primer Apellido (26)	Segundo Apellido (26)	Fecha de Nacimiento (26)	Sexo (26)	Parentesco (26)

VIII. Datos del Representante Legal			
Nombre(s) (27)		Primer Apellido (27)	Segundo Apellido (27)
Identificación (28)	Número de Poder, Fecha y Lugar de Expedición (29)		Teléfono (Lada y Número) (30)

IX. Documentos Adjuntos del Asegurado o Pensionado (31)

X. Documentos Adjuntos del Beneficiario (32)

 GOBIERNO DE MÉXICO	 CONAMER	 IMSS	Página 2 de 4	Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 opción 3 http://atención.contactoimss.com.mx
---	--	---	---------------	---

gob.mx
Instituto Mexicano del Seguro Social
XI. Documentos Adjuntos en Caso de Representante Legal (33)

En caso de obtener una resolución de pensión favorable, el pago de dicha prestación se acreditará en la siguiente cuenta bancaria:		
Titular de la Cuenta (34)	Institución Bancaria (34)	Cuenta CLABE (34)

XII. Avisos (35)
1. Este trámite es gratuito.

2. A efecto de darle aviso de la procedencia de su Solicitud de Pensión y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, podrá presentarse en la ventanilla de la Unidad de Medicina Familiar a partir del _____.
3. El plazo para la resolución del trámite es de 12 días hábiles los cuales se computarán a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.
4. 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.
5. La falta de asistencia para recibir la notificación de la resolución impedirá que se realice el pago de la pensión solicitada.
6. Para el pago de tu pensión, puedes utilizar una cuenta a tu nombre del banco de tu preferencia, sin embargo, el IMSS no se hará responsable del cobro de comisiones por parte de la institución bancaria. Para evitar que tu cuenta sea sujeta a cobro de comisiones por consultas de saldo o disposiciones de efectivo, puedes registrar una cuenta en alguna de las instituciones bancarias que tienen convenio con el Instituto (solicita más información en las ventanillas o visita www.imss.gob.mx/pensiones
7. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al Centro de Contacto del IMSS al 800-623-23-23 opción 3, o bien al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-66 o en la Ciudad de México al 55-2000-3000.
8. Recuerde solicitar orientación en su AFORE para retirar los recursos de su cuenta individual, una vez que obtenga una resolución de pensión.

XIII. Aviso de privacidad (36)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable. Sus datos personales serán utilizados para verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación derivados del uso del formato "Solicitud de pensión", en todas sus modalidades.

Le informamos que se realizarán transferencia de sus datos personales, para comprobar la autenticidad de los mismos, así como transmitir los recursos de la cuenta individual de los asegurados o pensionados.

Destinatarios de los datos personales en el país que pertenecen al Gobierno Federal: Banco de México para comprobar que la cuenta CLABE, asociada a la cuenta bancaria proporcionada, pertenece al solicitante, INE o la dependencia o entidad pública que emita la identificación oficial que presenta en su solicitud para comprobar la autenticidad del documento de identificación, así como el fenotipo del solicitante, RENAPO y el SAT para comprobar la personalidad del solicitante, CONSAR a través de PROCESAR para transmitir los recursos de la cuenta individual del solicitante, el INFONAVIT para conciliar el importe de la subcuenta de vivienda 92 y 97, el ISSSTE únicamente en los trámites de pensión con transferencia de derechos IMSS-ISSSTE para realizar la transferencia de derechos que tenga el solicitante por años cotizados al ISSSTE y la CNSF para emitir documentos de oferta de las aseguradoras para aquellas solicitudes de pensión (renta vitalicia) al amparo de la Ley del Seguro Social vigente.

Asimismo, se transferirán sus datos personales a las administradoras de fondos para el retiro (AFORE) correspondientes, para efecto de consultar los saldos previos al momento de la solicitud de pensión, y a las aseguradoras con las que tiene convenio el IMSS para administrar pensiones derivadas de la Ley del Seguro Social vigente, cuando sean necesarios para atender los requerimientos de información fundados y motivados que soliciten las autoridades competentes. Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral que se encuentra publicado en la página <http://www.imss.gob.mx>, así como en las oficinas de los servicios de prestaciones económicas.



Instituto Mexicano del Seguro Social

Firma Otra Persona a Ruego (37)		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Nombre(s) (38)	Primer Apellido (38)		Segundo Apellido (38)
Identificación (39)		No. o Clave (40)	
Código Postal (41)	Calle, Número Exterior Y Número Interior (41)	Colonia (41)	Entidad Federativa (41)
XIV. Firmas			
Declaraciones: (42)			
<p>-En este acto me doy por enterado y acepto que me sea notificada la resolución del trámite a través de los medios de comunicación electrónica, siempre y cuando se pueda comprobar fehacientemente su notificación y recepción electrónica, tendrá la misma validez que la notificación con firma autógrafa del suscrito, de conformidad con el artículo 286 M de la LSS 1997.</p> <p>-Autorizo al personal de los Servicios de Prestaciones Económicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que me notifique de manera personal, a través de los medios de comunicación electrónica o de localización proporcionados, respecto de cualquier situación posterior a la resolución del trámite.</p> <p>-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que, ____ (sí o no) disfruto de alguna otra pensión concedida por el Instituto, al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.</p> <p>-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que, a la fecha de firma de la presente solicitud, ____ (sí o no) he realizado disposición de recursos de mi cuenta individual.</p> <p>-Hago constar que los datos e información proporcionados, se encuentran actualizados a la fecha y me comprometo a informar a los Servicios de Prestaciones Económicas y de Afiliación Vigencia de Derechos, cualquier modificación a los mismos.</p> <p>-Declaro bajo protesta de decir verdad que, la información y documentación proporcionada es verídica y jurídicamente válida; en caso de detectar falsedad en ellas, por engaño o aprovechamiento de error; ya sea en virtud de simulación o cualquier otro acto, tengo pleno conocimiento que el Instituto realizará la denuncia correspondiente, en los términos del Código Penal Federal.</p> <p style="text-align: center;">Interesado</p> <p style="text-align: center;">(43)</p> <p style="text-align: center;">Nombre y Firma (o Huella Digital)</p>			
Entregó (44)		(45)	
Matrícula, Nombre y Firma		Lugar, Fecha y Sello	

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios: (46)			
<input type="radio"/> IMSS-01-001	<input type="radio"/> IMSS-01-002	<input type="radio"/> IMSS-01-016	<input type="radio"/> IMSS-01-022

(47)

Cadena Original:	
Sello Digital:	
Número de Serie:	00000000000000000001
Secuencia Notarial:	13c7f809-016b-4dc8-bffa-90918b238f67

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:		Solicitud de pensión
Objetivo:		Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de la pensión solicitada.
Elaborado por:		Servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción o Subdelegación que corresponda.
Número de Tantos:		Dos
Distribución:		1a. Solicitante 2a. Expediente de pensión
No.	DATO	ANOTAR
1	Solicitud de Pensión	El tipo de pensión que se va a tramitar: Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Incapacidad Permanente, Invalidez e Indemnización Global.
2	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud.
3	Fecha de Emisión:	Con número arábigo día, mes y año de la fecha de emisión. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
4	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
5	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
6	Unidad de Medicina Familiar Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO		
7	Número 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.
9	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por el Servicio de Administración Tributaria.
10	Sexo:	"M" para masculino y "F" para femenino.
11	Nombre(s), Primer Apellido y Segundo Apellido:	Nombre completo, Primer Apellido y Segundo Apellido del asegurado o pensionado.
12	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).
13	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).
14	Estado Civil:	Estado civil del asegurado y/o pensionado, que se debe acreditar legalmente.
15	Nombre de la AFORE:	Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado.
II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA		
16	Tipo de Trámite que solicita:	Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados.
III. INCAPACIDAD PERMANENTE (ENFERMEDAD, ACCIDENTE DE TRABAJO O MUERTE)		
17	Indemnización Global	Si la valuación del dictamen es de hasta 25%
	Indemnización Global o Pensión	Si la valuación es mayor al 25% y hasta el 50%, una vez elegido no se podrá modificar (Art. 58 Fracc. III LSSS).
	Pensión	Si la valuación es mayor al 50% o se trata de un dictamen con carácter provisional o fallecimiento.
IV. EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR		
18	En caso de asignación familiar:	Una "X" en el casillero que señale el tipo de Asignación Familiar.
V. EN CASO DE PRÓRROGA DE ESTUDIOS.		
19	En caso de prórroga de Estudios.	Una "X" en el casillero que señale el tipo Prórroga de Estudios o por Incapacidad.
20	Manifiesto que el(los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años....:	Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional. Llenar con los datos de la constancia de estudios: <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo escolar. • Año escolar. • Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). • Lugar y fecha en que se expide la constancia.
VI. DATOS DEL SOLICITANTE.		
21	Datos del solicitante:	Nombre completo del solicitante, empezando por nombre, primer apellido y segundo apellido.
22	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
23	Domicilio del Asegurado:	Código postal, Calle y Número Int. Ext., Colonia, Entidad; de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio.
24	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
25	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
VII. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS		
26	CURP, Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido, Fecha de Nacimiento, Sexo y Parentesco:	<ul style="list-style-type: none"> • Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población. • Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar • Asentar el Primer Apellido del beneficiario o asignatario familiar • Asentar el Segundo Apellido del beneficiario o asignatario familiar • Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). • Asentar el sexo al cual se pertenece, "M" para masculino y "F" para femenino. • Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación
VIII. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
27	Nombre del representante legal:	Nombre completo del solicitante, empezando por nombre, primer apellido, segundo apellido.
28	Identificación:	Documento con el que acredite su persona.
29	Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición:	Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición.

30	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
IX. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO O PENSIONADO		
31	Documentos adjuntos del Asegurado y/o Pensionado:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el asegurado y/o pensionado del trámite respectivo.
X. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL BENEFICIARIO		
32	Documentos adjuntos del Solicitante y/o Beneficiario:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el solicitante y/o beneficiario del trámite respectivo.
XI. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL		
33	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.
34	Titular de la cuenta, institución bancaria y cuenta CLABE	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del Titular: Nombre, Primer Apellido y Segundo Apellido del titular de la cuenta bancaria. • Institución bancaria: Nombre de la institución donde se apertura la cuenta bancaria. • CLABE: Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria.
XII. AVISOS		
35	Avisos:	Avisos del documento.
XIII. AVISO DE PRIVACIDAD		
36	Aviso de Privacidad:	Aviso de privacidad del documento.
37	Firmante a Ruego:	Una "X", en el casillero que corresponda a si habrá un firmante a ruego.
38	Nombre de la persona que firma a ruego:	Nombre completo del solicitante, empezando por nombre, primer apellido y segundo apellido.
39	Identificación de la persona que firma a ruego:	Documento con el que acredite su persona.
40	Número o Clave:	Número o Clave del documento con el cual acreditó su persona.
41	Domicilio:	Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego.
XIV. FIRMAS		
42	Declaraciones	Manifestaciones que debe realizar el solicitante, mismas que rigen su actuar y obligaciones respecto del trámite, así como la veracidad jurídica de la información y documentación que presenta.
43	Nombre completo y firma o huella digital:	Nombre completo y firma o huella digital del asegurado, solicitante, representante legal, o persona que firma a ruego. La cual se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste.
44	Entregó: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, primer apellido, segundo apellido y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de pensión y documentos probatorios en la Unidad Receptora.
45	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.
46	Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios	IMSS-01-001 Invalidez IMSS-01-002 Cesantía en Edad Avanzada o Vejez IMSS-01-016 Incapacidad Permanente IMSS-01-022 Retiro, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez a través de Transferencia de Derechos IMSS-ISSSTE
47	Sello Digital del documento:	Sello Digital del documento conformado por: Cadena original, sello digital número de serie y secuencia notarial.

Instituto Mexicano del Seguro Social

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN

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

Finiquito (5) ()	Hechos que inciden en el cálculo o en el monto de pago de la misma (5) ()
Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión (5) ()	Cambio de cuenta bancaria (5) ()

I. DATOS DEL PENSIONADO

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

II. DATOS DEL SOLICITANTE

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

(16)
 -En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social, para que se me informe de cualquier asunto relacionado con este trámite, al correo electrónico o número telefónico que proporcioné.
 -Transcurridos ocho días hábiles a la presentación de esta solicitud, me comprometo a acudir a esta ventanilla para enterarme sobre la procedencia de la solicitud de pensión.
 -Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que ____ (sí o no) disfruto de alguna otra pensión concedida por el Instituto, al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.
 -Manifiesto bajo protesta de decir verdad que a la fecha de firma de la presente solicitud, ____ (sí o no) he realizado disposición de recursos de mi cuenta individual.
 -Hago constar que los datos e información proporcionados, se encuentran actualizados a la fecha y me comprometo a informar a los Servicios de Prestaciones Económicas, cualquier modificación a los mismos.
 -Autorizo al personal de los Servicios de Prestaciones Económicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que me notifique de manera personal o a través de los medios de localización proporcionados, respecto de cualquier situación relacionada a la prestación económica.

III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

(17)	(17)	(17)
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
(18)	(19)	(20)
C.U.R.P.	Identificación	Teléfono
ApoDERado Legal (21) () Patria Potestad (21) () Tutor (21) ()		(22)
Personalidad Jurídica		Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición

IV. DATOS DE LA PENSIÓN

(23)	(24)
Régimen	Rama
(25)	(26)
Tipo de Pensión	Grupo Familiar

V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO

V.I EN CASO DE FINIQUITO (27)

Finiquito por contraer nuevas nupcias (28) () Fecha de matrimonio: (28)

Lo anterior para finiquitar la pensión que percibí 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 (29)

Por medio de la presente solicito la modificación de mi pensión por:

Motivo: (30)

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 (31)

Nuevo asignatario (32) ()

Esposa o concubina ()	Hijo menor y hasta 16 años ()	Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante ()
Hijo mayor de 16 años incapacitado ()	Ascendientes padre/madre ()	

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Beneficiario de pensión de orfandad (33) ()

Hijo menor y hasta 16 años () Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante () Hijo mayor de 16 años incapacitado ()

Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentra(n) inscrito(s) en la Institución educativa _____ con clave _____ al ciclo escolar _____ y año escolar _____; se entrega constancia de estudios con una vigencia de _____ a _____, con fecha y lugar de expedición _____. (34)

V. IV CAMBIO DE CUENTA BANCARIA

(35) Nombre de la institución bancaria (36) Número de Cuenta CLABE (37) Acreditamiento a partir del mes de

Para el pago de tu pensión, puedes utilizar una cuenta a tu nombre del banco de tu preferencia, sin embargo, el IMSS no se hará responsable del cobro de comisiones por parte de la institución bancaria. Para evitar que tu cuenta sea sujeta al cobro de comisiones por consultas de saldo o disposiciones de efecto, puedes registrar una cuenta en alguna de las instituciones bancarias que tienen convenio con el Instituto (solicita más información en las ventanillas).

DATOS DEL BENEFICIARIO O ASIGNATARIO FAMILIAR (38)

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 (39)

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

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

DOCUMENTOS DE APOYO

Recibos de pago ()	Contratos de trabajo ()	Comprobantes de inscripción al seguro social ()
---------------------	--------------------------	--

COMPROBANTE DE DOMICILIO () DOCUMENTO DE AFORE ()

DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS ()	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN ()	DICTAMEN ST-6 ()
--	---	-------------------

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 (40)

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

Credencial ADIMSS ()	Pasaporte ()	Cartilla del servicio militar ()
Credencial para votar ()	Documento migratorio ()	Tarjeta de residencia ()

Instituto Mexicano del Seguro Social

Documento Expedido por la Alcaldía (Antes Delegación) o Municipio ()

DOCUMENTO QUE ACREDITA LA PERSONALIDAD

Copia certificada del poder notarial para actos de dominio ()	Copia certificada del poder notarial especial ()	Acta de nacimiento ()
Copia certificada de la resolución judicial que acredite la tutela ()	Copia certificada del acta de tutela ()	

VIII. OBSERVACIONES (41)

- El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.
- Se podrá desistir de continuar con este trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución.
- 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.
- Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.
- Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-66 en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 800-623-23-23.

Firma otra persona a su ruego: (42) SI () NO ()

Nombre completo (43) Identificación (44) No. o Clave (45)
 Domicilio (46)

En este acto me doy por enterado y acepto que me sea notificada la resolución de pensión del presente trámite se lleve a cabo a través de los medios de comunicación electrónica, siempre y cuando se pueda comprobar fehacientemente su notificación y recepción electrónica. Esto, con fundamento en el artículo 286 M de la LSS 1997. Asimismo, conozco y acepto que la notificación de la resolución que se obtenga por el medio de comunicación electrónica autorizado, tendrá la misma validez que la notificación con firma autógrafa del suscrito. Finalmente acepto que la falta de notificación de la resolución impedirá que se realice el pago de la pensión solicitada.

(47)
 Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró (50) Matrícula, Nombre y Firma	(51) Lugar, Fecha y Sello	Pago IMSS <input type="checkbox"/> (48) Autorizó	Pago Aseguradora <input type="checkbox"/> (49) Revisó
		(52) 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, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud de 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



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
 C. P. 06600, Ciudad de México.
 Tel. 800 623 23 23
<http://atención.contactoimss.com.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, o cambio de cuenta bancaria.
Elaborado por:		Servicio de Prestaciones Económicas y/o el solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa, la firma o huella se pondrá hasta que sea entregado el formato y documentos en presencia de personal de los Servicios de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción que corresponda.
Número de Tantos:		Original y 2 copias.
Distribución:		Original: Expediente de pensión. 1a. Copia: Afiliación y Vigencia de Derechos. 2a. Copia: Solicitante.
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
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.
16	-En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social...	Asentar la respuesta "sí" o "no", en los espacios en blanco, según corresponda.
III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
17	Nombre del representante legal:	Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre.
18	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
19	Identificación:	Documento con el que acredite su persona.
20	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
21	Personalidad Jurídica:	Aquella que ostenta el representante legal que realiza el trámite.
22	Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición:	Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición.
IV. DATOS DE LA PENSIÓN		
23	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.
24	Rama:	Clave y Nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
25	Tipo de Pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
26	Grupo Familiar:	Número del Grupo Familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO.		
27	En caso de finiquito:	Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados.
28	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).
29	En caso de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago de la misma:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es por modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago.
30	Motivo:	Una "X" en el casillero del motivo que de origen a su solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago:

		<ul style="list-style-type: none"> • Semanas de cotización. • Fecha de inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el Trabajo. • Inexistencia del Estado de Invalidez. • Calificación del Riesgo de Trabajo. • Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de Valuación Médica. • Salario Base de Cotización. • Errores Aritméticos o Informáticos. • Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social • • (Régimen del Seguro Social 1973/1997)
31	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.	
32	Nuevo Asignatario:	Una "X" en el casillero del motivo que dio origen a su solicitud de Nuevo Asignatario.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Esposa o Concubina. • Hijo Menor y hasta 16 años • Ascendientes Padre / Madre 	<ul style="list-style-type: none"> • Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante • Hijo mayor de 16 años incapacitado
33	Beneficiario de Pensión de Orfandad:	Una "X" en el casillero del motivo que dio origen a su solicitud de Beneficiario de Pensión de Orfandad. <ul style="list-style-type: none"> • Hijo menor y hasta 16 años • Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante • Hijo mayor de 16 años incapacitado 	
34	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: <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo escolar. • Año escolar. • Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). • Lugar y fecha en que se expide la constancia. 	
35	Nombre de la institución bancaria	Banco al que pertenece la cuenta en la que se realizará el pago de la mensualidad de pensión.	
36	Número de cuenta CLABE	Clave Bancaria Estandarizada de la cuenta del pensionado, constituida por 18 dígitos.	
37	Acreditamiento a partir del mes de	Mes en el cual se iniciarán los depósitos en la nueva cuenta bancaria proporcionada.	
38	Datos del Beneficiario o Asignatario Familiar:	<ul style="list-style-type: none"> • Asentar el Apellido Paterno del beneficiario o asignatario familiar • Asentar el Apellido Materno del beneficiario o asignatario familiar • Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar • Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). • Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación. • Asentar el sexo al cual se pertenece, "M" para masculino y "F" para femenino. • Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población. 	
VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS.			
39	Documentos Adjuntos:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados como documentos adjuntos.	
VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL.			
40	Documentos Adjuntos en caso de Repr.	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados para el caso de existir un Representante Legal del trámite respectivo.	
VIII. OBSERVACIONES.			
41	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.	
42	Firma otra persona a su ruego:	Una "X" en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante.	
43	Nombre completo:	Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre.	
44	Identificación:	Documento con el que acredite su persona.	
45	Número o Clave:	Número o Clave del documento con el cual acredite su persona.	
46	Domicilio:	Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego.	
47	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.	
48	Pago IMSS:	Una "X" en el casillero que señale la forma de pago.	
49	Pago Aseguradora:	Una "X" en el casillero que señale la forma de pago.	
50	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.	
51	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.	
52	Mat. Nombre, Firma Cargo:	Matrícula, Apellido paterno, materno y nombre (s), firma del funcionario quien autorizó o revisó el trámite y cargo.	

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:		SOLICITUD DE ACREDITAMIENTO EN CUENTA BANCARIA EN MONEDA EXTRANJERA
Objetivo:		Registro y modificación de la cuenta bancaria del derechohabiente para el pago a través de transferencia electrónica de los pensionados apegados a los convenios internacionales vigentes.
Elaborado por:		Pensionado o Representante legal.
Número de Tantos:		Original.
Distribución:		Original: para la subdelegación que controla (OOAD Guerrero).
No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha de Solicitud:	Fecha del día de elaboración día (dos dígitos) mes (dos dígitos) año (cuatro dígitos).
2	Número de Seguridad Social:	Numero de Seguridad Social a (11) dígitos.
3	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
4	Nombre Completo:	Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre.
5	Nacionalidad:	Nacionalidad del Solicitante.
6	Fecha de nacimiento:	Día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos) de nacimiento del pensionado.
7	Lugar de Nacimiento:	Lugar de nacimiento del Pensionado.
8	País:	País de Residencia del Pensionado.
9	Estado/Provincia:	Estado o Provincia de Residencia del Pensionado.
10	Ciudad:	Ciudad de Residencia del apensionado.
11	Calle, Numero exterior, Numero interior y Código Postal:	Calle, Número exterior, Número interior y Código Postal de residencia del Pensionado.
12	Correo Electrónico:	Dirección de Correo Electrónico Válida del Pensionado.
13	Número Telefónico:	Código de País (tres dígitos), Código de Ciudad (tres dígitos) y número de teléfono (siete dígitos).
14	Dólares Americanos ARGENTINA :	Una X en el paréntesis si es el tipo de moneda de la cuenta donde se recibirá el pago de su pensión.
15	Nombre de la Institución Bancaria:	Nombre de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
16	Código bancario SWIFT:	Código bancario SWIFT de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
17	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
18	Cuenta Bancaria Universal CBU:	Cuenta Bancaria Universal CBU de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
19	Dólares Americanos ESTADOS UNIDOS:	Una X en el paréntesis si es el tipo de moneda de la cuenta donde se recibirá el pago de su pensión.
20	Código Bancario ABA:	Código Bancario ABA de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
21	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
22	Dólares Canadienses:	Una X en el paréntesis si es el tipo de moneda de la cuenta donde se recibirá el pago de su pensión.
23	Code del Banco:	Code del Banco de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
24	No. De Transit:	No. De Transit de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
25	Código bancario SWIFT:	Código bancario SWIFT de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
26	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
27	Euros:	Una X en el paréntesis si es el tipo de moneda de la cuenta donde se recibirá el pago de su pensión
28	Código bancario SWIFT:	Código bancario SWIFT de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
29	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
30	Código bancario IBAN:	Código bancario IBAN de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión
31	Otra Divisa especifique:	Una X en caso de ser una divisa diferente a las anteriores y especificar el tipo de divisa de la que se trate.
32	Código bancario SWIFT:	Código bancario SWIFT de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
33	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
34	Tipo de Identificación Oficial:	Pasaporte, documento migratorio expedido por oficinas consulares de México en el extranjero, tarjeta de residencia, entre otros.
35	Número de Identificación:	Dependiendo del documento, el folio que lo identifica.
36		Marcar con una X el tipo de documento bancario que anexa (contrato bancario, estado de cuenta o documento emitido por la institución bancaria).
37	Observaciones:	Sólo utilice esta sección, en caso de requerir plantear algún aspecto relevante sobre el trámite que está realizando.
38	Firma o Huella digital del Pensionado:	Firma o Huella digital del Pensionado de enterado y de aceptación del trámite que está realizando.
39	Firma o Huella digital del Pensionado:	Firma o Huella digital del Pensionado de veracidad de los datos proporcionados.

Instituto Mexicano del Seguro Social

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

COAD (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) C.P.	(10) Ciudad o Entidad	(10) Colonia
(11) Teléfono	(11) Correo Electrónico	

(12)

-En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social, para que se me informe de cualquier asunto relacionado con este trámite, al correo electrónico o número telefónico que proporcioné.
-Transcurridos ocho días hábiles a la presentación de esta solicitud, me comprometo a acudir a esta ventanilla para enterarme sobre la procedencia de la solicitud de pensión.
-Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que (sí o no) disfruto de alguna otra pensión concedida por el Instituto, al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.
-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que a la fecha de firma de la presente solicitud, (sí o no) he realizado disposición de recursos de mi cuenta individual.
-Hago constar que los datos e información proporcionados, se encuentran actualizados a la fecha y me comprometo a informar a los Servicios de Prestaciones Económicas, cualquier modificación a los mismos.
-Autorizo al personal de los Servicios de Prestaciones Económicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que me notifique de manera personal o a través de los medios de localización proporcionados, respecto de cualquier situación relacionada a la prestación económica.

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(13) Régimen	(14) Rama
(15) Tipo de Pensión	(16) Grupo Familiar

IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO

Se solicita el pago de mensualidades o diferencias:

- a) Por el pensionado () (17)
- b) Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado ()

Correspondiente(s) al(los) mes(es) de:

_____ (18) _____ del año _____

Por los siguientes motivos: _____ (19)

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (20)

DEL PENSIONADO:	DEL HIJO MENOR DE DIECIOCHO AÑOS:
Identificación Oficial ()	Copia certificada del Acta de Nacimiento ()
Copia certificada del Acta de Defunción ()	HIJOS MAYORES DE DIECIOCHO AÑOS CON INCAPACIDAD DE CINCUENTA POR CIENTO O MÁS:
	Copia certificada del Acta de Nacimiento ()
	Dictamen ST-6 ()
	HIJO MAYOR DE DIECIOCHO Y HASTA VEINTICINCO AÑOS ESTUDIANTE
	Copia certificada de Acta de Nacimiento ()
	Constancia de estudios ()
DEL SOLICITANTE:	ASCENDIENTES QUE 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 ()
	CONCUBINA O CONCUBINARIO:
Manifiestación 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 manifiestación 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) ()



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
 C. P. 06600, Ciudad de México.
 Tel. 800 623 23 23
<http://atención.contactoimss.com.mx>

Instituto Mexicano del Seguro Social

VI. OBSERVACIONES (21)

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 800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 800-623-23-23.

(22)

Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró

(23)

Matrícula, Nombre y Firma

Documento para uso exclusivo del IMSS.

(24)

Lugar, Fecha y Sello

Autorizó

(25)

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, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para *verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión", en todas sus modalidades.* Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
 C. P. 06600, Ciudad de México.
 Tel. 800 623 23 23
<http://atención.contactoimss.com.mx>

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la forma:		Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión
Objetivo:		Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión.
Elaborado por:		Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:		Original y dos tantos.
Distribución:		Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
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, a través del Sistema de Administración Tributaria.
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.
12	-En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social...	Asentar la respuesta "sí" o "no", en los espacios en blanco, según corresponda.
III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)		
13	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.
14	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
15	Tipo de Pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
16	Grupo Familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO		
17	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
18	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.
19	...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		
20	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		
21	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
22	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.
23	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.
24	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.
25	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

SOLICITUD PARA PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1973

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

I. DATOS DEL PENSIONADO

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

II. DATOS DEL SOLICITANTE

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

(11)
 -En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social, para que se me informe de cualquier asunto relacionado con este trámite, al correo electrónico o número telefónico que proporcioné.
 -Transcurridos ocho días hábiles a la presentación de esta solicitud, me comprometo a acudir a esta ventanilla para enterarme sobre la procedencia de la solicitud de pensión.
 -Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que ____ (sí o no) disfruto de alguna otra pensión concedida por el Instituto, al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.
 -Manifiesto bajo protesta de decir verdad que a la fecha de firma de la presente solicitud, ____ (sí o no) he realizado disposición de recursos de mi cuenta individual.
 -Hago constar que los datos e información proporcionados, se encuentran actualizados a la fecha y me comprometo a informar a los Servicios de Prestaciones Económicas, cualquier modificación a los mismos.
 -Autorizo al personal de los Servicios de Prestaciones Económicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que me notifique de manera personal o a través de los medios de localización proporcionados, respecto de cualquier situación relacionada a la prestación económica.

III. DATOS DE LA PENSIÓN

(12)	(13)
Régimen	Rama
(14)	(15)
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 (16)

Identificación Oficial	()	Otros (Describir)	()
------------------------	-----	-------------------	-----

VI. OBSERVACIONES (17)

- El plazo el plazo máximo de la resolución: El mismo día en que se presenta la solicitud.
- De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de pensión.
- Los pensionados por Invalidez (definitiva), Riesgos de Trabajo (definitivo), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Viudez, Orfandad o Ascendientes del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973, podrán solicitar préstamo a cuenta de pensión ante el Instituto, cuyo plazo para el pago no podrá exceder de un año, siempre y cuando la cuantía de la pensión no se reduzca a una cantidad inferior a los mínimos establecidos por la Ley del Seguro Social. No se otorgarán préstamos a cuenta de pensión a los titulares de las pensiones alimenticias, por Incapacidad Permanente (provisional) e Invalidez (temporal).
- Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 800-623-23-23.

(18)

Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró	(20)	Autorizó (21)
(19)	Lugar, Fecha y Sello	Matrícula, Nombre, Firma y Cargo
Matrícula, 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, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del régimen de la Ley del Seguro Social 1973", en todas sus modalidades. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
 C. P. 06600, Ciudad de México.
 Tel. 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.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	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
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	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.
11	-En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social...	Asentar la respuesta "sí" o "no", en los espacios en blanco, según corresponda.
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		
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL PENSIONADO		
16	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		
17	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
18	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
19	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
20	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
21	Autorizó: 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

SOLICITUD DE OTORGAMIENTO DE AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL

OOAD (1) Subdelegación (2) Unidad Receptora o velatorio IMSS (3)	FOLIO NO. (4)
--	---------------

(5) ASEGURADO () PENSIONADO ()

I. DATOS DEL ASEGURADO O PENSIONADO

No. Seguridad Social (6)	C.U.R.P. (7)	Fecha de Defunción (8)	Ramo de Seguro (9)
Apellido Paterno	Apellido Materno (10)	Nombre (s)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.(11)			
Colonia (11)	C.P. (11)	Ciudad o Entidad (11)	Teléfono (s) (11)

II. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno (12)	Nombre (s)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (13)		C.P. (13)	Correo Electrónico (13)
Ciudad o Entidad (13)	Teléfono(s) (13)	Institución bancaria: (13)	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (13)

III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO (14)

Identificación Oficial ()	CURP ()	Copia certificada del Acta de Defunción ()	Original de la factura de gastos de funeral ()
Estado de cuenta bancario con cuenta (CLABE) ()	Documento con NSS ()	Cuenta original de gastos de funeral ()	Otros (especificar) ()
Dictamen ST-7 ()	Copia Certificado de Defunción ()	Contrato de servicios funerarios en velatorio IMSS ()	

IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA (15)

Copia cotejada de Identificación Oficial ()	Copia cotejada del Acta de Defunción ()	Cuenta original de gastos de funeral ()
Copia cotejada estado de cuenta bancario con cuenta (CLABE) ()	Copia cotejada de la factura de gastos de funeral ()	Otros (especificar) ()
Copia cotejada del contrato de servicios funerarios en el Velatorio IMSS ()	Copia cotejada del Certificado de Defunción ()	

V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS (FUNERAL)

SERVICIO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS	SERVICIO DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS	
Pensión Vigente (16)	Responsable de la Certificación (18)	Con Derecho (19)
Número Componente (17)	Matrícula, nombre(s) y apellidos, firma y sello (o correo electrónico)	

VI. RESOLUCIÓN

FUNERAL	Elaboró (22) Matrícula y Firma
No. de Cheque o Volante de pago o cuenta CLABE (20)	
Fecha de Emisión (21)	
Fundamento Jurídico (21) Art. 64 Fracc. I y 104, Ley del Seguro Social; ACDO.AS2.HCT.240620/174.P.DPES	

OBSERVACIONES

- El trámite es gratuito y podrá ser solicitado en la Ventanilla del Control de Prestaciones de cualquier Unidad de Medicina Familiar
- En Ayuda para Gastos de Funeral puede solicitar el importe de esta para cubrir el costo de los servicios funerarios en velatorios IMSS
- 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 800-386-24-66 o en la CDMX al 55-2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 800-623-23-23.
- Plazo de resolución: 12 días hábiles.

Entregó: (23) Matrícula, Nombre y Firma	(24) Lugar, Fecha y Sello	Cedo el importe de la ayuda para gastos de funeral para cubrir la cuenta de los servicios funerarios en velatorios IMSS: (25) Nombre y Firma	Recibió: (26) Nombre y Firma
--	----------------------------------	---	-------------------------------------

Documento para uso exclusivo del IMSS



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
C. P. 06600, Ciudad de México.
Tel. 800 623 23 23
<http://atención.contactoimss.com.mx>

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:		Solicitud de Otorgamiento de Ayudas.
Objetivo:		Asentar los datos del asegurado o pensionado para tramitar la ayuda de gastos de funeral, en los seguros de Riesgos de Trabajo o Enfermedades y Maternidad o en su caso, el solicitante deberá de asentar los datos del asegurado o pensionado.
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	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
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	Asegurado () Pensionado ()	Una "X" para indicar si la ayuda para gastos de funeral es de un asegurado o pensionado.
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	Ramo de Seguro:	Tipo de Seguro que se solicita la prestación (Riesgo de Trabajo o Enfermedad).
10	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre (s) del asegurado o pensionado fallecido.
11	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)		
12	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante, quien puede ser el estipulado en la factura o cuenta original o a quien éste le ceda el derecho para realizar el trámite y cobro de la ayuda.
13	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s), correo electrónico: Institución bancaria; Cuenta CLABE bancaria estandarizada.	Ubicación del domicilio del solicitante, de acuerdo con los datos consignados en el recuadro, número telefónico y correo electrónico. Nombre de la institución bancaria donde se depositarán la ayuda. Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria a 18 posiciones.
III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO		
14	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.: () Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE: () Original de Factura de Gastos de Funeral: () Copia Certificado de Defunción: () Documento con NSS: () Copia certificada del Acta de Defunción: () Cuenta original de gastos de funeral: () Dictamen ST -7: () Copia Certificado de Defunción: () Otros (especificar): ()
IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA		
15		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 de la cuenta original de Gastos de Funeral: () Copia cotejada del Estado de Cuenta Bancario con cuenta CLABE: () Copia cotejada de la Factura de Gastos de Funeral: () Otros (especificar): ()

V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS (FUNERAL)

16	Pensión Vigente:	Un "Si o No" si el finado se encuentra vigente en su calidad de pensionado (sólo en casos de pensionados fallecidos).
17	Número Componente:	El número de componente cuando se trate de beneficiarios pensionados (sólo en casos de pensionados fallecidos).
18	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).
19	Con Derecho:	Un "Si o No" dependiendo si tiene derecho la prestación.
VI. RESOLUCIÓN		
20	No. de Cheque o Volante de Pago o Cuenta CLABE :	Número del documento que ampara el importe de la prestación a otorgarse.
21	Fecha de emisión:	Día, mes y año de emisión de la solicitud.
22	Elaboró: Matrícula y Firma:	Matrícula y firma del empleado responsable de la recepción de la documentación y revisión del contenido de la solicitud. El nombre aparece de manera automática en el documento. En Gastos de Funeral, a la entrega del cheque o volante de pago recabar del interesado su nombre y firma como acuse de recibo.
23	Entregó: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de la entrega de la solicitud y demás documentación.
24	Lugar, Fecha y Sello:	Municipio o Delegación y día, mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del Servicio.
25	Nombre y Firma:	Nombre y firma o huella digital de la persona que cede el importe de la Ayuda para Gastos de Funeral, a fin de cubrir el importe de los servicios funerarios solicitados en velatorios IMSS.
26	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

OOAD	(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, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios", en todas sus modalidades.** Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
 C. P. 06600, Ciudad de México.
 Tel. 800 623 23 23
<http://atención.contactoimss.com.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	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
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.

Instituto Mexicano del Seguro Social

SOLICITUD DE REGISTRO DE PAGO DE SUBSIDIOS EN CUENTA BANCARIA

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

I. TIPO DE TRÁMITE

Alta (4)	En línea	()	Baja (4)	En línea	()	Modificación (4)	En línea	()
	Presencial	()		Presencial	()		Presencial	()

II. DATOS PERSONALES

Nombre completo: (5)		
Número de seguridad social: (6)	CURP: (7)	Institución bancaria: (8)
Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (9)	Tipo de identificación: (10)	Firma Electrónica avanzada (FIEL): (11)

III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN

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

IV. DATOS MODIFICADOS O POR BAJA

Institución bancaria: (8)	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (9)
------------------------------	---

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO (15)

Tipo de identificación (10)		
Credencial ADIMSS ()	()	Cartilla del servicio militar ()
Credencial para votar ()	Pasaporte ()	Cédula de identidad personal ()
Documento Expedido por la Alcaldía (antes 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) Matricula, 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 sus datos domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud de registro de pago de subsidios en cuenta bancaria". Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx



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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:		Solicitud de registro de pago de subsidios en cuenta bancaria
Objetivo:		Realizar Alta, baja o modificación de la cuenta bancaria del asegurado para el pago de los subsidios.
Elaborado por:		Asegurado
Número de Tantos:		Original y copia.
Distribución:		Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la o el asegurado.
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	U.M.F. Tramitadora y de Control:	Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control.
I. TIPO DE TRÁMITE		
4	Identificación del trámite	Si es motivo de Alta, baja o modificación. De forma presencial o en línea.
II. DATOS PERSONALES		
5	Nombre completo:	Apellido paterno, materno y nombre(s)
6	Número de seguridad social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	CURP:	Clave Única de Registro de Población.
8	Institución bancaria:	Nombre de la institución bancaria donde se depositaran los importes.
9	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria.
10	Tipo de identificación:	Documento con el que acredite su personalidad.
11	Firma Electrónica avanzada:	Archivo digital que te identifica al realizar trámites por internet, emitido por el SAT
III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN		
12	Correo electrónico	Correo electrónico del solicitante.
13	Teléfono fijo:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir el acreditamiento.
14	Teléfono celular:	Número telefónico móvil donde se pueda localizar al solicitante
IV. DATOS MODIFICADOS		
8	Institución bancaria:	Nombre de la institución bancaria donde se depositaran los importes.
9	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO		
15	Documentación anexa al formato de solicitud:	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo: () Documento que contenga el número de seguridad social: () Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE: ()
VI. VALIDACIÓN		
16	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de depósito de subsidios en cuenta bancaria y documentos probatorios en la Unidad Receptora.
17	Lugar, Fecha y Sello de la Empresa:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisa 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.

Instituto Mexicano del Seguro Social

SOLICITUD DE PAGO EN CUENTA BANCARIA DE LICENCIA POR CUIDADOS MÉDICOS DE HIJOS DE HASTA DIECISÉIS AÑOS, APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 140 BIS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

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

I. TIPO DE TRÁMITE

Registro (4)	En línea	()	Modificación (4)	En línea	()
	Presencial	()		Presencial	()

II. DATOS PERSONALES

Nombre completo: (5)		
Número de seguridad social: (6)	CURP: (7)	Institución bancaria: (8)
Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (9)	Tipo de identificación: (10)	Firma Electrónica avanzada (FIEL): (11)

III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN

Correo electrónico (12)	Teléfono fijo: (13)	Teléfono celular o móvil: (14)
----------------------------	------------------------	-----------------------------------

IV. DATOS MODIFICACIÓN

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

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO (15)

Tipo de identificación (10)			
Credencial ADIMSS	()	Cartilla del servicio militar	()
Credencial para votar	()	Pasaporte	()
Documento Expedido por la Delegación o Municipio	()	Carta de naturalización	()
Documento migratorio	()	Tarjeta de residencia	()
Documento con NSS (6)			
IMSS	()	INFONAVIT	()
		AFORE	()
Estado de cuenta bancaria con cuenta (CLABE) (8, 9)			()

VI. VALIDACIÓN

Elaboró (16) Matricula, 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, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para **verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "SOLICITUD DE PAGO EN CUENTA BANCARIA DE LICENCIA POR CUIDADOS MÉDICOS DE HIJOS DE HASTA DIECISÉIS AÑOS, APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 140 BIS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL"**. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx

			Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://atención.contactoimss.com.mx
---	---	---	--

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:		Solicitud de pago en cuenta bancaria de licencia por cuidados médicos de hijos de hasta dieciséis años, aplicación del artículo 140 Bis de la Ley del Seguro Social.
Objetivo:		Registro y modificación de la cuenta bancaria del asegurado para el pago de los subsidios.
Elaborado por:		Asegurado.
Número de Tantos:		Original y copia.
Distribución:		Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la o el asegurado.
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	U.M.F. Tramitadora y de Control:	Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control.
I. TIPO DE TRÁMITE		
4	Identificación del trámite	Si es motivo de Alta, baja o modificación. De forma presencial o en línea.
II. DATOS PERSONALES		
5	Nombre completo:	Apellido paterno, materno y nombre(s)
6	Número de seguridad social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	CURP:	Clave Única de Registro de Población.
8	Institución bancaria:	Nombre de la institución bancaria donde se depositaran los importes.
9	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE)	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria.
10	Tipo de identificación:	Documento con el que acredite su personalidad.
11	Firma Electrónica avanzada:	Archivo digital que te identifica al realizar trámites por internet, emitido por el SAT
III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN		
12	Correo electrónico	Correo electrónico del solicitante.
13	Teléfono fijo:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir el acreditamiento.
14	Teléfono celular:	Número telefónico móvil donde se pueda localizar al solicitante
IV. DATOS MODIFICACIÓN		
8	Institución bancaria:	Nombre de la institución bancaria donde se depositaran los importes.
9	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE)	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO		
15	Documentación anexa al formato de solicitud:	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo: () Documento que contenga el número de seguridad social: () Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE: ()
VALIDACIÓN		
16	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de depósito de subsidios en cuenta bancaria y documentos probatorios en la Unidad Receptora.
17	Lugar, Fecha y Sello de la Empresa:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisa 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.