

## TERCERA SECCION

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**ACUERDO ACDO.SA2.HCT.280312/86.P.DPES y anexos, dictado por el H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria celebrada el 28 de marzo del presente año, relativo a la aprobación de los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar para efectuar diversos trámites por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.- Oficio 09-9001-030000/.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el 28 de marzo del presente año, dictó el ACDO.SA2.HCT.280312/86.P.DPES, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones IV, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 31, fracciones IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y de conformidad con el planteamiento presentado por la Dirección General, a través de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficio 121 del 15 de marzo del año en curso, así como de la resolución tomada por el Comité del mismo nombre, del propio Organismo de Gobierno, en reunión celebrada el 15 de febrero del año en curso, **Acuerda:**

**Primero.-** Dejar sin efectos el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.230610/164.P.DPES, dictado por este Organismo de Gobierno en sesión del 23 de junio de 2010, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de julio de ese mismo año. **Segundo.-** Aprobar los datos y documentos específicos contenidos en el Anexo “A” de este Acuerdo, que se deben proporcionar o adjuntar para tramitar por parte de este Instituto las solicitudes de: **a)** Pensión y modificación de pensión en todas sus modalidades; **b)** Acreditamiento en cuenta; **c)** Cobro de pensión por un tercero; **d)** Préstamo a cuenta de pensión; **e)** Comprobación de supervivencia; **f)** Pago de ayudas de gastos de matrimonio y funeral; **g)** Convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, y **h)** Solicitud de ingreso e inscripción de guarderías en todas sus modalidades. **Tercero.-** Aprobar los procedimientos correspondientes para llevar a cabo los trámites de las solicitudes a que se refiere el punto anterior, incluyendo los formatos y sus instructivos de llenado consignados en el Anexo “B”, de este Acuerdo; así como, los plazos máximos de resolución y vigencia de los trámites correspondientes. **Cuarto.-** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales para que de manera directa o por conducto de sus unidades administrativas, dicte las instrucciones y criterios que considere convenientes para la debida aplicación por parte de las Delegaciones, de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo se presenten. **Quinto.-** Instruir a la Dirección de Jurídica, para que previo dictamen de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria obtenido por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, realice los trámites necesarios ante las instancias competentes, a efecto de que el presente Acuerdo y sus respectivos anexos, se publiquen en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.-** Todos los trámites que lleva a cabo el Instituto Mexicano del Seguro Social, relacionados con las solicitudes a que se refiere este Acuerdo, que se encuentren en proceso a la entrada en vigor del mismo, se seguirán realizando conforme a los procedimientos, datos y documentos vigentes en el momento en que se iniciaron. **Séptimo.-** El presente Acuerdo entrará en vigor a los sesenta días posteriores al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente

México, D.F., a 29 de marzo de 2012.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.** - Rúbrica.



**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
**Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales**

**ANEXO "A"**

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

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
<b>Solicitud de Pensión de Invalidez</b>	<p>21 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1973. 30 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1997.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos, elección de régimen pensionario y/o elección de aseguradora; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, entre otras se mencionan: Homonimias, Duplicidad del Número de Seguridad Social, Dudas en la existencia de la relación obrero patronal, asegurado con varias cuentas individuales, controversia legal del asegurado o sus beneficiarios en contra del Instituto pendiente de</p>	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Pensión Datos</b></p> <p><b>Del asegurado:</b> Número de Seguridad Social C.U.R.P. Fecha de nacimiento Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Sexo Estado Civil AFORE R.F.C. con Homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono (donde se localice al asegurado) Correo electrónico</p> <p><b>Del beneficiario del asegurado:</b> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Fecha de Nacimiento Parentesco Sexo C.U.R.P.</p> <p><b>Del Tipo de pensión:</b> Prestación que solicita</p> <p><b>Manifestaciones:</b> Reconocimiento de cotizaciones Firma otra persona a su ruego</p> <p><b>Documentos:</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>resolución, se generará "documento de improcedencia", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará "documento de prevención", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier. Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Documento de AFORE: estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual con una antigüedad no mayor a los 6 meses previos a la fecha de la solicitud o contrato firmado con la AFORE, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997, original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de Pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez:</b></p>	<p>21 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1973.</p> <p>30 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1997.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Pensión Datos</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <p>Número de Seguridad Social C.U.R.P. Fecha de nacimiento Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Sexo Estado Civil AFORE R.F.C. con Homoclave</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos, elección de régimen pensionario y/o elección de aseguradora; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, entre otras se mencionan: Homonimias, Duplicidad del Número de Seguridad Social, Dudas en la existencia de la relación obrero patronal, asegurado con varias cuentas individuales, controversia legal del asegurado o sus beneficiarios en contra del Instituto pendiente de resolución, se generará "documento de improcedencia", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará "documento de prevención", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Del solicitante:</b>  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad  Teléfono (donde se localice al asegurado)  Correo electrónico</p> <p><b>Del beneficiario del asegurado:</b>  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Fecha de Nacimiento  Parentesco  Sexo  C.U.R.P.</p> <p><b>Del Tipo de pensión:</b>  Prestación que solicita</p> <p><b>Manifestaciones:</b>  Reconocimiento de cotizaciones  Firma otra persona a su ruego</p> <p><b>Documentos:</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Documento de AFORE: estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual con una antigüedad no mayor a los 6 meses previos a la fecha de la solicitud o contrato firmado con la AFORE, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997, original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de Pensión de Viudez:</b>  <b>Modalidades:</b>  <b>A.</b> Viudo-Esposo  <b>B.</b> Viudo-Concubinario  <b>C.</b> Viuda-Esposa  <b>D.</b> Viuda-Concubina  <b>E.</b> Viudo-Esposo Ley 73  <b>F.</b> Viudo-Concubinario Ley 73</p>	<p>21 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1973.  30 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1997.  El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.  El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos, elección de régimen pensionario y/o elección de aseguradora; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.  En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, entre otras se mencionan: Homonimias, Duplicidad del Número de Seguridad Social, Dudas en la existencia de la relación obrero patronal, asegurado con varias cuentas individuales, controversia legal del asegurado o sus</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Pensión Datos</b>  <b>Del asegurado:</b>  Número de Seguridad Social  C.U.R.P.  Fecha de nacimiento  Fecha de defunción  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Sexo  Estado Civil  AFORE  <b>Del solicitante:</b>  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad  Teléfono(donde se localice al interesado)  Correo electrónico  R.F.C. con homoclave  <b>Del beneficiario del asegurado:</b>  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Fecha de Nacimiento  Parentesco  Sexo  C.U.R.P.  <b>Del Tipo de pensión:</b>  Prestación que solicita  <b>Manifestaciones:</b>  Reconocimiento de cotizaciones  Firma otra persona a su ruego</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>beneficiarios en contra del Instituto pendiente de resolución, se generará "documento de improcedencia", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará "documento de prevención", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Documentos:</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS original y copia para cotejo.</li> <li>- Copia certificada del acta de defunción, emitida por el Registro Civil, Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Documento de AFORE: estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual con una antigüedad no mayor a los 6 meses previos a la fecha de la solicitud o contrato firmado con la AFORE, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997, original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>Del beneficiario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p><b>Documentos adicionales por Modalidad</b></p> <p><b>A. Viudo-Esposo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil, de acta de matrimonio, con fecha de expedición después de la defunción de la asegurada, este documento se queda para expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición posterior a la defunción de la asegurada, original para expediente.</li> <li>- Adicionalmente, tratándose de Ley 73: Que los Servicios de Prestaciones Económicas cuenten con el Dictamen de Invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para expediente.</li> </ul> <p><b>B. Viudo-Concubinario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición después de la defunción de la asegurada, original para expediente. En caso de existir hijos, bastará con presentar copia(s) certificada(s) expedida(s) por el registro civil de el(las) acta(s) de nacimiento, actas de adopción o reconocimiento del(los) hijos que contenga el nombre de ambos padres en sustitución de la testimonial de concubinato. Este(os) documento(s) se queda(n) en el expediente. Si se trata de documento(s) en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición posterior a la defunción de la asegurada, original para expediente.</li> <li>- Adicionalmente, tratándose de Ley 73: Que los Servicios de Prestaciones Económicas cuenten con el Dictamen de Invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para expediente.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p><b>C. Viuda-Esposa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil, de acta de matrimonio, con fecha de expedición posterior a la defunción del asegurado, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>D. Viuda-Concubina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición después de la defunción del asegurado, original para expediente. En caso de existir hijos, bastará con presentar copia(s) certificada(s) expedida(s) por el registro civil de el(las) acta(s) de nacimiento, actas de adopción o reconocimiento del(los) hijos que contenga el nombre de ambos padres en sustitución de la testimonial de concubinato. Este(os) documento(s) se queda(n) en el expediente. Si se trata de documento(s) en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de Pensión de Orfandad</b></p> <p>Modalidades:</p> <p>A. Hijo menor de 16 años.</p> <p>B. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante.</p> <p>C. Hijo mayor de 16 años Incapacitado.</p>	<p>21 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1973.</p> <p>30 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1997.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos, elección de régimen pensionario y/o elección de aseguradora; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <p>Número de Seguridad Social</p> <p>C.U.R.P.</p> <p>Fecha de nacimiento</p> <p>Fecha de defunción</p> <p>Apellido Paterno</p> <p>Apellido Materno</p> <p>Nombre(s)</p> <p>Sexo</p> <p>Estado Civil</p> <p>AFORE</p> <p>R.F.C. con Homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido Paterno</p> <p>Apellido Materno</p> <p>Nombre(s)</p> <p>Domicilio: calle y número Int. Ext.</p> <p>Colonia</p> <p>C.P.</p> <p>Ciudad o entidad</p> <p>Teléfono (donde se localice al interesado)</p> <p>Correo electrónico</p>



Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, entre otras se mencionan: Homonimias, Duplicidad del Número de Seguridad Social, Dudas en la existencia de la relación obrero patronal, asegurado con varias cuentas individuales, controversia legal del asegurado o sus beneficiarios en contra del Instituto pendiente de resolución, se generará "documento de improcedencia", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará "documento de prevención", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Del beneficiario del asegurado:</b>  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Fecha de Nacimiento  Parentesco  Sexo  C.U.R.P.</p> <p><b>Del Tipo de pensión:</b>  Prestación que solicita</p> <p><b>Manifestaciones:</b>  Reconocimiento de cotizaciones  Firma otra persona a su ruego</p> <p><b>Documentos:</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> <li>- Copia certificada del acta de defunción, emitida por el Registro Civil, original se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- En caso de orfandad doble, es decir de padre y madre deberá presentar las dos copias certificadas de las actas de defunción de los padres.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Documento de AFORE: estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual con una antigüedad no mayor a los 6 meses previos a la fecha de la solicitud o contrato firmado con la AFORE, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997, original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>Del beneficiario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS, o cédula de identidad personal para menores de edad), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. En caso de ser menor de 9 años de edad se aceptará como identificación la credencial escolar con fotografía expedida por una institución educativa con registro del Sistema Educativo Nacional o documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde se haga constar la identidad del menor, original y copia para cotejo.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Si se trata de menores de edad, el R.F.C. deberá ser de quien cobrará la pensión. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul> <p><b>Del solicitante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o pasaporte vigente, o cédula profesional, o cartilla del servicio militar, o Credencial ADIMSS, tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria), original y copia para cotejo.</li> <li>- En el caso de menores de edad, sólo en ausencia de padre y madre deberá acreditar la tutela, mediante la copia certificada de la sentencia ejecutoriada que haya emitido el juez que conozca la causa. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul> <p><b>Documentos adicionales por Modalidad</b></p> <p><b>A. Hijo menor de 16 años.</b></p> <p><b>B. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia de estudios del año en curso, expedida por las escuelas del Sistema Educativo Nacional con validez oficial que contenga la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del alumno,</li> <li>• Nombre y clave del plantel Educativo,</li> <li>• Grado que cursa y ciclo escolar (periodo que cursa),</li> </ul> </li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar y fecha en que se expide el documento,</li> <li>• Firma autógrafa del director del plantel escolar o de la persona en quien esté delegada esta función, y</li> <li>• Sello oficial del plantel escolar.</li> </ul> <p>Adicionalmente en constancias expedidas por centros educativos particulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clave de incorporación,</li> <li>• Fecha y número del acuerdo por el que se les otorgó el reconocimiento de validez oficial.</li> </ul> <p>Se aceptarán constancias con firma electrónica mismas que adicionalmente deberán contener la liga de acceso de Internet del plantel que lo expide y clave o número de verificación.</p> <p>Este documento se queda en el expediente.</p> <p><b>C. Hijo mayor de 16 años Incapacitado.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adicionalmente, que los Servicios de Prestaciones Económicas cuenten con el Dictamen de Invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para expediente.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de Pensión de Ascendientes</b></p>	<p>21 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1973. 30 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1997.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos, elección de régimen pensionario y/o elección de aseguradora; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, entre otras se mencionan: Homonimias, Duplicidad del Número de Seguridad</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <p>Número de Seguridad Social C.U.R.P. Fecha de nacimiento Fecha de defunción Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Sexo Estado Civil AFORE R.F.C. con Homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono(donde se localice al interesado) Correo electrónico</p> <p><b>Del beneficiario del asegurado:</b></p> <p>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Fecha de Nacimiento Parentesco Sexo C.U.R.P.</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>Social, Dudas en la existencia de la relación obrero patronal, asegurado con varias cuentas individuales, controversia legal del asegurado o sus beneficiarios en contra del Instituto pendiente de resolución, se generará "documento de improcedencia", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará "documento de prevención", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Del Tipo de pensión:</b> Prestación que solicita</p> <p><b>Manifestaciones:</b> Reconocimiento de cotizaciones Firma otra persona a su ruego</p> <p><b>Documentos:</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Copia certificada del acta de defunción del(la) asegurado(a), emitida por el Registro Civil, original se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Documento de AFORE: estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual con una antigüedad no mayor a los 6 meses previos a la fecha de la solicitud o contrato firmado con la AFORE, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997, original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>Del beneficiario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición después de la defunción del asegurado(a), la copia certificada se queda para expediente.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de Asignación Familiar</b>  Modalidades:  A. Esposa  B. Concubina  C. Hijo menor de 16 años  D. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante.  E. Hijo mayor de 16 años Incapacitado.  F. Ascendiente</p>	<p>30 Días Naturales.  El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.  El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos, elección de régimen pensionario y/o elección de aseguradora; el plazo se reanuda el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.  En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, entre otras se mencionan: Homonimias, Duplicidad del Número de Seguridad Social, Dudas en la existencia de la relación obrero patronal, asegurado con varias cuentas individuales,</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Pensión Datos</b>  <b>Del asegurado:</b>  Número de Seguridad Social  C.U.R.P.  Fecha de nacimiento  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Sexo  Estado Civil  AFORE  R.F.C. con Homoclave  <b>Del solicitante:</b>  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad  Teléfono (donde se localice al asegurado)  Correo electrónico  <b>Del beneficiario del asegurado:</b>  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Fecha de Nacimiento  Parentesco  Sexo  C.U.R.P.  <b>Del Tipo de pensión:</b>  Prestación que solicita</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>controversia legal del asegurado o sus beneficiarios en contra del Instituto pendiente de resolución, se generará "documento de improcedencia", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará "documento de prevención", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Manifestaciones:</b> Reconocimiento de cotizaciones Firma otra persona a su ruego</p> <p><b>Documentos</b> <b>Del beneficiario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS, o cédula de identidad personal para menores de edad), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. En caso de ser menor de 9 años de edad se aceptará como identificación la credencial escolar con fotografía vigente expedida por una institución educativa con registro del Sistema Educativo Nacional o documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde se haga constar la identidad del menor, original y copia para cotejo.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> </ul> <p><b>Documentos adicionales por Modalidad:</b></p> <p><b>A. Esposa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil, de acta de matrimonio, la copia certificada se queda para expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>B. Concubina.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente. Original para expediente.</li> </ul> <p><b>C. Hijo menor de 16 años.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p>emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</p> <p><b>D. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Constancia de estudios del año en curso, expedida por las escuelas del Sistema Educativo Nacional con validez oficial que contenga la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del alumno,</li> <li>• Nombre y clave del plantel Educativo,</li> <li>• Grado que cursa y ciclo escolar (periodo que cursa),</li> <li>• Lugar y fecha en que se expide el documento,</li> <li>• Firma autógrafa del director del plantel escolar o de la persona en quien esté delegada esta función, y</li> <li>• Sello oficial del plantel escolar.</li> </ul> </li> </ul> <p>Adicionalmente en constancias expedidas por centros educativos particulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clave de incorporación,</li> <li>• Fecha y número del acuerdo por el que se les otorgó el reconocimiento de validez oficial.</li> </ul> <p>Se aceptarán constancias con firma electrónica mismas que adicionalmente deberán contener la liga de acceso de Internet del plantel que lo expide y clave o número de verificación.</p> <p>Este documento se queda en el expediente.</p> <p><b>E. Hijo mayor de 16 años Incapacitado.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Adicionalmente, que los Servicios de Prestaciones Económicas cuenten con el Dictamen de Invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para expediente.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p><b>F. Ascendiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento del asegurado que da el derecho, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, este documento se queda en el expediente.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de Pensión de Incapacidad Permanente:</b></p>	<p>21 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1973. 30 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1997. El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos, elección de régimen pensionario y/o elección de aseguradora; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales. En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, entre otras se mencionan: Homonimias, Duplicidad del Número de Seguridad Social, Dudas en la existencia de la relación obrero patronal, asegurado con varias cuentas individuales, controversia legal del asegurado o sus</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Pensión Datos:</b> <b>Del asegurado:</b> Número de Seguridad Social C.U.R.P. Fecha de nacimiento Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Sexo Estado Civil AFORE R.F.C. con Homoclave <b>Del solicitante:</b> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono (donde se localice al asegurado) Correo electrónico <b>Del beneficiario del asegurado:</b> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Fecha de Nacimiento Parentesco Sexo C.U.R.P. <b>Del Tipo de pensión:</b> Prestación que solicita Indemnización Global Pensión Firma de aceptación <b>Manifestaciones:</b> Reconocimiento de cotizaciones Firma otra persona a su ruego</p>



Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>beneficiarios en contra del Instituto pendiente de resolución, se generará "documento de improcedencia", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará "documento de prevención", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Documentos:</b> <b>Del asegurado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, original se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Documento de AFORE: estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual con una antigüedad no mayor a los 6 meses previos a la fecha de la solicitud o contrato firmado con la AFORE, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997, original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul> <p><b>TRATANDOSE DE INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para la aplicación del artículo 66 Ley 1973 y 59 Ley 1997, además de los documentos anteriores deberán presentar cada uno de los beneficiarios con derecho, los requisitos y documentos descritos de conformidad a cada modalidad (esposa, concubina, hijo menor de 16 años, hijo mayor de 16 años y hasta 25 años estudiante, hijo mayor de 16 años incapacitado, ascendientes) señalados en Asignación Familiar.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
<p><b>Solicitud de Pensión de Retiro Anticipado</b></p>	<p>30 Días Naturales, Ley del Seguro Social de 1997.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos, elección de régimen pensionario y/o elección de aseguradora; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, entre otras se mencionan: Homonimias, Duplicidad del Número de Seguridad Social, Dudas en la existencia de la relación obrero patronal, asegurado con varias cuentas individuales, controversia legal del asegurado o sus beneficiarios en contra del Instituto pendiente de resolución, se generará "documento de improcedencia", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Pensión Datos:</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <p>Número de Seguridad Social C.U.R.P. Fecha de nacimiento Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Sexo Estado Civil AFORE R.F.C. con Homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono(donde se localice al asegurado) Correo electrónico</p> <p><b>Del beneficiario del asegurado:</b></p> <p>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Fecha de Nacimiento Parentesco Sexo C.U.R.P.</p> <p><b>Del Tipo de pensión:</b></p> <p>Prestación que solicita</p> <p><b>Manifestaciones:</b></p> <p>Reconocimiento de cotizaciones Firma otra persona a su ruego</p> <p><b>Documentos:</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma(credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, original se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	apócrifos, falta de algún documento, se generará "documento de prevención", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Documento de AFORE: estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual con una antigüedad no mayor a los 6 meses previos a la fecha de la solicitud o contrato firmado con la AFORE, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997, original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>
<b>Solicitud de Pensión de Retiro Anticipado y Cesantía en Edad Avanzada y Vejez a través de transferencia de derechos IMSS-ISSSTE</b>	<p>90 Días Naturales.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos, elección de régimen pensionario y/o elección de aseguradora; el plazo se reanuda el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, entre otras se mencionan: Homonimias, Duplicidad del Número de Seguridad Social, Dudas en la existencia de la relación obrero patronal, asegurado</p>	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Pensión</b></p> <p><b>Datos:</b></p> <p><b>Del asegurado:</b></p> <p>Número de Seguridad Social C.U.R.P. Fecha de nacimiento Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Sexo Estado Civil AFORE R.F.C. con Homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono (donde se localice al asegurado) Correo electrónico</p> <p><b>Del beneficiario del asegurado:</b></p> <p>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Fecha de Nacimiento Parentesco Sexo C.U.R.P.</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>con varias cuentas individuales, controversia legal del asegurado o sus beneficiarios en contra del Instituto pendiente de resolución, se generará "documento de improcedencia", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará "documento de prevención", el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Del Tipo de pensión:</b> Prestación que solicita</p> <p><b>Manifestaciones:</b> Reconocimiento de cotizaciones Firma otra persona a su ruego</p> <p><b>Documentos:</b> <b>Del asegurado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma(credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS o en su caso la credencial única del ISSSTE), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de periodos reconocidos IMSS-ISSSTE, este documento se queda en el expediente.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Documento de AFORE: estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual con una antigüedad no mayor a los 6 meses previos a la fecha de la solicitud o contrato firmado con la AFORE, sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997, original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para cambio de domicilio</b></p> <p>Modalidades:</p> <p>A. Pago de pensión por cambio de domicilio.</p> <p>B. Pago de pensión por traslado de domicilio al extranjero.</p> <p>C. Cambio de domicilio o residencia al extranjero.</p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.</p> <p>90 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través de una Aseguradora.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanuda el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Número de Seguridad Social C.U.R.P. R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b></p> <p>Régimen Rama Tipo de pensión Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b></p> <p><b>A) Pago de pensión por cambio de domicilio</b></p> <p>Acreditamiento en cuenta actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Banco</li> <li>- Última mensualidad cobrada</li> </ul> <p><b>B) Pago de pensión por traslado de domicilio al extranjero</b></p> <p>País Teléfono en el extranjero (con clave lada)</p> <p><b>C) Cambio de domicilio o residencia al extranjero</b></p> <p>País Teléfono en el extranjero (con clave lada)</p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>Del pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.			<p><b>Adicionales por modalidad:</b></p> <p><b>A) Pago de pensión por cambio de domicilio, pago IMSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento emitido por los Servicios de Afiliación Vigencia de cambio de domicilio, que demuestre el cambio de clínica. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante. Original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>B) Pago de pensión por traslado de domicilio al extranjero, pago IMSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia expedida por el Consulado correspondiente del certificado de residencia permanente en caso de ser mexicano, o si es extranjero documento que extienden las autoridades migratorias del país de que se trate; conteniendo domicilio, fecha a partir de la cual inicia su residencia fuera del territorio mexicano. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>C) Cambio de domicilio o residencia al extranjero, pago Aseguradora</b></p> <p><b>Para cambio de domicilio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento emitido por los Servicios de Afiliación Vigencia de cambio de domicilio, que demuestre el cambio de clínica. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante. Original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>Para residencia al extranjero</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia expedida por el Consulado correspondiente del certificado de residencia permanente en caso de ser mexicano, o si es extranjero documento que extienden las autoridades migratorias del país de que se trate; conteniendo domicilio, fecha a partir de la cual inicia su residencia fuera del territorio mexicano. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para finiquito</b></p> <p>Modalidades:</p> <p>A. Finiquito por segundas nupcias o concubinato.</p> <p>B. Finiquito de hijo huérfano por cumplir 16 años.</p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.</p> <p>90 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través de una Aseguradora.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de</p>	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b></p> <p>Apellido paterno</p> <p>Apellido materno</p> <p>Nombre(s)</p> <p>Número de Seguridad Social</p> <p>C.U.R.P.</p> <p>R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido paterno</p> <p>Apellido materno</p> <p>Nombre(s)</p> <p>Domicilio: calle y número Int. Ext.</p> <p>Colonia</p> <p>C.P.</p> <p>Ciudad o entidad</p> <p>Teléfono</p> <p>Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b></p> <p>Régimen</p> <p>Rama</p> <p>Tipo de pensión</p> <p>Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b></p> <p><b>A) Finiquito por segundas nupcias o concubinato</b></p> <p>Fecha de matrimonio o del concubinato</p> <p><b>B) Finiquito de hijo huérfano por cumplir 16 años</b></p> <p>Datos del huérfano:</p> <p>Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))</p> <p>Fecha de nacimiento</p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>Del pensionado</b></p> <p>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS, o cédula de identidad personal para menores de edad), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo. Se aceptará como identificación la credencial escolar con fotografía vigente expedida por una institución educativa con registro del Sistema Educativo Nacional o documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde se haga constar la identidad del menor. Original y copia para cotejo.</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul> <p><b>Adicionales por modalidad:</b></p> <p><b>A) Finiquito por segundas nupcias o concubinato</b></p> <p><b>Del pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil, de acta del nuevo matrimonio. Este documento se queda para expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>B) Finiquito de hijo huérfano por cumplir 16 años</b></p> <p><b>Del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el caso de menores de edad, sólo en ausencia de padre y madre deberá acreditar la tutela, mediante la copia certificada de la sentencia ejecutoriada que haya emitido el juez que conozca la causa. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para alta inicial de componente (asignatario o pensionado) o de nuevo grupo familiar</b></p> <p>Modalidades:</p> <p>A. Alta inicial de componente (asignatario o pensionado)</p> <p>B. Alta de nuevo grupo familiar.</p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.</p> <p>90 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través de una Aseguradora.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p>	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b></p> <p>Apellido paterno</p> <p>Apellido materno</p> <p>Nombre(s)</p> <p>Número de Seguridad Social</p> <p>C.U.R.P.</p> <p>R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido paterno</p> <p>Apellido materno</p> <p>Nombre(s)</p> <p>Domicilio: calle y número Int. Ext.</p> <p>Colonia</p> <p>C.P.</p> <p>Ciudad o entidad</p> <p>Teléfono</p> <p>Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b></p> <p>Régimen</p> <p>Rama</p> <p>Tipo de pensión</p> <p>Grupo familiar</p>



Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Del trámite solicitado</b></p> <p><b>Del componente o del nuevo grupo familiar</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Fecha de nacimiento Sexo Parentesco C.U.R.P. R.F.C. con Homoclave Adicional por modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alta inicial de componente (asignatario o pensionado)</li> <li>Alta de nuevo grupo familiar</li> <li>Nombre del nuevo titular del pago</li> <li>Domicilio</li> </ul> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>A) ALTA INICIAL DE COMPONENTE (ASIGNATARIO O PENSIONADO)</b></p> <p><b>Documentos para Componente Asignatario:</b></p> <p><b>Del pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul> <p><b>Del componente asignatario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS, o cédula de identidad personal para menores de edad), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. En caso de ser menor de 9 años de edad se aceptará como identificación la credencial escolar con fotografía vigente expedida por una institución educativa con registro del Sistema Educativo Nacional o documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde se haga constar la identidad del menor, original y copia para cotejo.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</p> <p><b>Documentos adicionales por Modalidad:</b></p> <p><b>a) Asignataria-Esposa</b></p> <p>- Copia certificada expedida por el registro civil, de acta de matrimonio. La copia certificada se queda para expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</p> <p><b>b) Asignataria-Concubina</b></p> <p>- Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente. Original para expediente.</p> <p><b>c) Asignatario-Hijo menor de 16 años</b></p> <p>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</p> <p><b>d) Asignatario-Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años estudiante</b></p> <p>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</p> <p>- Constancia de estudios del año en curso, expedida por las escuelas del Sistema Educativo Nacional con validez oficial que contenga la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del alumno,</li> <li>• Nombre y clave del plantel Educativo,</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado que cursa y ciclo escolar (periodo que cursa),</li> <li>• Lugar y fecha en que se expide el documento,</li> <li>• Firma autógrafa del director del plantel escolar o de la persona en quien esté delegada esta función, y</li> <li>• Sello oficial del plantel escolar.</li> </ul> <p>Adicionalmente en constancias expedidas por centros educativos particulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clave de incorporación,</li> <li>• Fecha y número del acuerdo por el que se les otorgó el reconocimiento de validez oficial.</li> </ul> <p>Se aceptarán constancias con firma electrónica mismas que adicionalmente deberán contener la liga de acceso de Internet del plantel que lo expide y clave o número de verificación.</p> <p>Este documento se queda en el expediente.</p> <p><b>e) Asignatario-Hijo mayor de 16 años incapacitado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Adicionalmente, que los Servicios de Prestaciones Económicas cuenten con el Dictamen de Invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para expediente.</li> </ul> <p><b>f) Asignatario-Ascendiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento del asegurado que da el derecho. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p><b>Documentos para componente pensionado:</b></p> <p><b>Del pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>Del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo.</li> <li>- En el caso de menores de edad, solo en ausencia de padre y madre deberá acreditar la tutela, mediante la copia certificada de la sentencia ejecutoriada que haya emitido el juez que conozca la causa. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul> <p><b>Del componente pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS, o cédula de identidad personal para menores de edad), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. En caso de ser menor de 9 años de edad se aceptará como identificación la credencial escolar con fotografía vigente expedida por una institución educativa con registro del Sistema Educativo Nacional o documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde se haga constar la identidad del menor, original y copia para cotejo.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p><b>Documentación adicional por modalidad:</b></p> <p><b>VIUDEZ</b></p> <p><b>a) Viudo-esposo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil, de acta de matrimonio, con fecha de expedición después de la defunción de la asegurada. Este documento se queda para el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición posterior a la defunción de la asegurada. Original para expediente.</li> </ul> <p><b>b) Viudo-Concubinario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición después de la defunción de la asegurada. Original para expediente. En caso de existir hijos, bastará con presentar copia(s) certificada(s) expedida(s) por el registro civil de el(las) acta(s) de nacimiento, actas de adopción o reconocimiento del(los) hijos que contenga el nombre de ambos padres en sustitución de la testimonial de concubinato. Este(os) documento(s) se queda(n) en el expediente. Si se trata de documento(s) en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición posterior a la defunción de la asegurada. Original para expediente.</li> </ul> <p><b>c) Viuda-Esposa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil, de acta de matrimonio, con fecha de expedición posterior a la defunción del asegurado. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español,</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p>deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</p> <p><b>d) Viuda-Concubina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición posterior a la defunción del asegurado. Original para expediente. En caso de existir hijos, bastará con presentar copia(s) certificada(s) expedida(s) por el registro civil de el(las) acta(s) de nacimiento, actas de adopción o reconocimiento del(los) hijos que contenga el nombre de ambos padres en sustitución de la testimonial de concubinato. Este(os) documento(s) se queda(n) en el expediente. Si se trata de documento(s) en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>ORFANDAD</b></p> <p><b>e) Huérfano-Hijo menor de 16 años</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de nacimiento, adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>f) Huérfano-Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años estudiante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada del acta de nacimiento, adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p>- Constancia de estudios del año en curso, expedida por las escuelas del Sistema Educativo Nacional con validez oficial que contenga la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del alumno,</li> <li>• Nombre y clave del plantel Educativo,</li> <li>• Grado que cursa y ciclo escolar (periodo que cursa),</li> <li>• Lugar y fecha en que se expide el documento,</li> <li>• Firma autógrafa del director del plantel escolar o de la persona en quien esté delegada esta función, y</li> <li>• Sello oficial del plantel escolar.</li> </ul> <p>Adicionalmente en constancias expedidas por centros educativos particulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clave de incorporación,</li> <li>• Fecha y número del acuerdo por el que se les otorgó el reconocimiento de validez oficial.</li> </ul> <p>Se aceptarán constancias con firma electrónica mismas que adicionalmente deberán contener la liga de acceso de Internet del plantel que lo expide y clave o número de verificación.</p> <p>Este documento se queda en el expediente.</p> <p><b>g) Huérfano-Hijo mayor de 16 años incapacitado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil del acta de nacimiento, adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Adicionalmente, que los Servicios de Prestaciones Económicas cuenten con el Dictamen de Invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para expediente.</li> </ul> <p><b>h) Ascendientes Del Pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p>Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</p> <p><b>Del Ascendiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, con fecha posterior a la defunción del asegurado(a) este documento se queda en el expediente.</li> </ul> <p><b>B) ALTA DE NUEVO GRUPO FAMILIAR</b></p> <p><b>Del asegurado o pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>Del nuevo grupo familiar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante, original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para alta de resolución en DATAMART</b></p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.</p> <p>90 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través de una Aseguradora.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Número de Seguridad Social C.U.R.P. R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b></p> <p>Régimen Rama Tipo de pensión Grupo familiar</p>



Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Del trámite solicitado</b></p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>Del pensionado o asegurado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo.</li> <li>- Fotocopia de resolución de pensión otorgada o negada.</li> <li>- En su caso fotocopia de escrito de la AFORE indicando la inconsistencia de la misma.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para aclaración de datos y/o cálculos de pensión</b></p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.</p> <p>90 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través de una Aseguradora.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Número de Seguridad Social C.U.R.P. R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono Correo electrónico</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Datos de la pensión:</b> Régimen Rama Tipo de pensión Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b> Motivo</p> <p><b>Documentos</b> <b>Del pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> <li>- En su caso documento que avale la solicitud.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para cambio de titular de cobro</b></p> <p>Modalidades: A. Pensionado menor de edad. B. Pensionado menor de edad incapacitado. C. Pensionado mayor de edad incapacitado.</p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS. 90 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través de una Aseguradora. El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p>	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b> Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Número de Seguridad Social C.U.R.P. R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b> Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p>Domicilio: calle y número Int. Ext.            Colonia            C.P.            Ciudad o entidad            Teléfono            Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b>            Régimen            Rama            Tipo de pensión            Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b>            Nombre del nuevo titular del pago            Domicilio</p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS, o cédula de identidad personal para menores de edad), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo. En caso de ser menor de 9 años de edad se aceptará como identificación la credencial escolar con fotografía vigente expedida por una institución educativa con registro del Sistema Educativo Nacional o documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde se haga constar la identidad del menor. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul> <p><b>Del nuevo titular de cobro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante. Original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p><b>Documentos adicionales por Modalidad:</b></p> <p><b>A. Pensionado menor de edad</b></p> <p><b>Del pensionado, en caso de que el nuevo titular sea el padre o la madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento que compruebe el parentesco con el pensionado, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>Del tutor, en caso de que no sea el padre o madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acreditar la tutela, mediante la copia certificada de la sentencia ejecutoriada que haya emitido el juez que conozca la causa. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul> <p><b>B. Pensionado menor de edad incapacitado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adicionalmente, que los Servicios de Prestaciones Económicas cuenten previamente con el dictamen o valoración médica emitida por los servicios de Salud en el Trabajo del instituto que avale la presencia de esa discapacidad en el pensionado o asignatario. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul> <p><b>Del pensionado, en caso de que el nuevo titular sea el padre o la madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento que compruebe el parentesco con el pensionado, acta de adopción o reconocimiento, este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>En caso de que el nuevo titular no sea el padre o madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acreditar la tutela, mediante la copia certificada de la sentencia ejecutoriada que haya emitido el juez que conozca la causa. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul> <p><b>C. Pensionado mayor de edad incapacitado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adicionalmente, que los Servicios de Prestaciones Económicas cuenten previamente con el dictamen o valoración médica emitida por los servicios de Salud en el Trabajo del instituto que avale la presencia de esa discapacidad en el pensionado o asignatario. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p><b>En caso de que el nuevo titular sea la(el) esposa(o):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil, de acta de matrimonio o para la(el) concubina(o) constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, en ambos casos con fecha de expedición después de la fecha del dictamen o valoración médica de la incapacidad del(la) pensionado(a). Este documento se queda para expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>En caso de que el nuevo titular no sea la(el) esposa(o):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada del acta de tutela o juicio de interdicción emitida por la autoridad judicial competente que declare nombramiento de tutor del pensionado. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para pago de mensualidades o diferencias</b></p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Número de Seguridad Social C.U.R.P. R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b></p> <p>Régimen Rama Tipo de pensión Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b></p> <p>Mes de las mensualidades a reponer Motivos</p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>Del pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para: pago de mensualidades no cobradas en vida(acuerdo 383/98)</b></p> <p>Modalidades: A) Del solicitante pensionado, tutor o representante legal que haya ejercido el derecho a pensión. B. Del beneficiario sin controversia legal. C. Del beneficiario o solicitante con controversia legal.</p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b> Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Número de Seguridad Social C.U.R.P. R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b> Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b> Régimen Rama Tipo de pensión Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b></p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>DEL PENSIONADO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS. Original y copia para cotejo.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada del acta de defunción del pensionado, emitida por el registro civil. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>DEL SOLICITANTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante. Original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul> <p>De acuerdo con la Ley del Seguro Social los que demuestren ser sus beneficiarios, ya sea que hayan sido o no registrados, o bien por aquellas personas que de conformidad con la legislación civil puedan sucederle en sus derechos.</p> <p><b>DOCUMENTOS ADICIONALES POR MODALIDAD:</b></p> <p><b>A) DEL SOLICITANTE PENSIONADO, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE HAYA EJERCIDO EL DERECHO A PENSION.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia de resolución en la que haya ejercido derecho a pensión por viudez, viudez y orfandad, orfandad o asignación familiar.</li> </ul> <p>Cuando exista más de un beneficiario con derecho a pensión (esposa(o), concubina(rio), hijo(s) mayor(es) de edad y ascendiente(s) del pensionado fallecido):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En su caso, escrito libre de conformidad, en el que conste mediante firmas autógrafas la aceptación del(los) beneficiario(s) e indicando quién cobrará las mensualidades que en vida no cobró el pensionado, apellido paterno, materno y nombre(s) de cada uno de los beneficiarios, número de seguridad social del asegurado que originó el derecho a la pensión, número de las identificaciones oficiales. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial de cada uno de los beneficiarios que firmen de conformidad, con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>B) DEL BENEFICIARIO SIN CONTROVERSI A LEGAL.</b></p> <p><b>1) De la(el) esposa(o)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil, de acta de matrimonio, con fecha de expedición después de la defunción del pensionado fallecido. La copia certificada se queda para expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>2) De la(el) concubina(rio)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, con fecha de expedición después de la defunción del pensionado fallecido. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul> <p><b>3) Esposo(a) o concubina(rio)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adicionalmente si en el Instituto se encuentra registrada otra persona con la misma calidad de esposa(o), la beneficiaria(o) deberá presentar alguno de los siguientes documentos: sentencia judicial ejecutoriada de nulidad del matrimonio, copia certificada del acta de divorcio o copia certificada del acta de matrimonio con anotación marginal de divorcio. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>4) Del Hijo mayor de edad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento del solicitante. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul>



Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p><b>5) Del ascendiente</b> Pensionada(o)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada expedida por el registro civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento del asegurado que da el derecho. Este documento se queda en el expediente. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> </ul> <p><b>Documentos adicionales cuando exista más de un beneficiario con derecho (esposa(o), concubina(rio), hijo(s) mayor(es) de edad y padres del pensionado fallecido):</b></p> <p><b>6) De los beneficiarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En su caso, escrito libre de conformidad, en el que conste mediante firmas autógrafas la aceptación del(los) beneficiario(s) e indicando el nombre del beneficiario quien cobrará las mensualidades que en vida no cobró el pensionado, apellido paterno, materno y nombre(s) de cada uno de los beneficiarios, número de seguridad social del asegurado que originó el derecho a la pensión, número de las identificaciones oficiales. Este documento se queda en el expediente.</li> <li>- Identificación oficial de cada uno de los beneficiarios que firman de conformidad, con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>C) DEL BENEFICIARIO O SOLICITANTE CON CONTROVERSIA LEGAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia certificada declaración judicial de herederos y la designación de albacea, o resolución firme expedida por la autoridad judicial competente, en el que se indique quién debe ejercer el derecho a dicho cobro. Original y copia para cotejo.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para pago o modificación de pensión alimenticia</b></p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS. El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b> Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Número de Seguridad Social C.U.R.P. R.F.C. con homoclave</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Del solicitante:</b>  Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad  Teléfono  Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b>  Régimen  Rama  Tipo de pensión  Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b></p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>Del solicitante que demuestre tener el derecho al pago de la pensión alimenticia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud: derechos de agua, luz, teléfono (excepto celular), recibo de gas, certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente), no es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante. Original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México. Original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> </ul> <p><b>En caso de modificación de pago de pensión alimenticia solamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de modificación de pensión para prórroga por continuación de estudios</b></p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.  90 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través de una Aseguradora.  El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de Modificación de Pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b>  Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)  Número de Seguridad Social  C.U.R.P.  R.F.C. con homoclave</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>			<p><b>Del solicitante:</b>  Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad  Teléfono  Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b>  Régimen  Rama  Tipo de pensión  Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b>  Apellido paterno y materno y nombre(s) del estudiante (huérfano o asignatario).  Nombre de la escuela del Sistema Educativo Nacional, Institución Nacional o plantel oficial en la que está inscrito el estudiante.</p> <p><b>Documentos</b>  <b>Del asignatario o pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS) o cédula de identidad personal para menores de edad, tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. En caso de ser menor de 9 años de edad se aceptará como identificación la credencial escolar con fotografía vigente expedida por una institución educativa con registro del Sistema Educativo Nacional o documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde se haga constar la identidad del menor, original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de estudios del año en curso, expedida por las escuelas del Sistema Educativo Nacional con validez oficial que contenga la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del alumno,</li> <li>• Nombre y clave del plantel Educativo,</li> <li>• Grado que cursa y ciclo escolar (periodo que cursa),</li> <li>• Lugar y fecha en que se expide el documento,</li> <li>• Firma autógrafa del director del plantel escolar o de la persona en quien este delegada esta función, y</li> <li>• Sello oficial del plantel escolar.</li> </ul> </li> </ul> <p>Adicionalmente en constancias expedidas por centros educativos particulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clave de incorporación,</li> <li>• Fecha y número del acuerdo por el que se les otorgó el reconocimiento de validez oficial.</li> </ul> <p>Se aceptarán constancias con firma electrónica mismas que adicionalmente deberán contener la liga de acceso de Internet del plantel que lo expide y clave o número de verificación.</p> <p>Este documento se queda en el expediente.</p>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
<b>Solicitud de acreditamiento en cuenta</b>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	<p><b>Los datos del formato Solicitud de acreditamiento en cuenta</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b>  Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)  Número de Seguridad Social  C.U.R.P.  R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b>  Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad  Teléfono  Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b>  Régimen  Rama  Tipo de pensión  Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b>  Nombre del titular  Institución bancaria  Sucursal (número y nombre)  Número de cuenta  Número de cuenta CLABE  Acreditamiento a partir del mes de  Domicilio y teléfono del beneficiario  Nombre y firma o huella digital del beneficiario</p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>Del pensionado y beneficiario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>Del pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia del contrato bancario de alguna Institución bancaria con la que tenga celebrado convenio la Delegación de su adscripción, mismo que sólo deberá tener un titular (el pensionado), no mancomunada y sin cotitulares, no deberá tener segundas firmas autorizadas o tarjetas adicionales.</li> <li>- Copia del documento que contenga el número de cuenta CLABE, no necesario cuando el contrato bancario lo incluya.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS. Original y copia para cotejo.</li> <li>- Constancia de registro en el R.F.C. original y copia para cotejo. Este documento no es necesario cuando ya se encuentre registrado en el Sistema de pensiones del Instituto.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
<p><b>Solicitud de cobro de pensión por un tercero</b></p>	<p>30 Días Naturales para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS.</p> <p>El plazo iniciará el día hábil que sea recibida la documentación en los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad Medicina Familiar de adscripción.</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento que emita el Instituto para que realice correcciones o aclaraciones de sus documentos; el plazo se reanudará el día hábil que sea recibida la documentación en los Departamentos de Pensiones Subdelegacionales.</p> <p>En caso de existir inconsistencias que impidan continuar con el trámite, se generará documento de improcedencia, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática.</p> <p>En caso de existir algún problema con los documentos o datos presentados entre otras: Los datos de los documentos no coinciden plenamente con los del interesado, existe presunción de que los documentos entregados son apócrifos, falta de algún documento, se generará documento de prevención, el cual le será notificado al interesado brindándole la orientación necesaria para corregir la situación, transcurrido el plazo sin que se haya solventado por parte del interesado, será desechado el trámite correspondiente.</p>	<p>10 Días Naturales.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud de cobro de pensión por un tercero</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b>  Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)  Número de Seguridad Social  C.U.R.P.  R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b>  Apellido paterno  Apellido materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad  Teléfono  Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b>  Régimen  Rama  Tipo de pensión  Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b>  Nombre(s) y apellido del aceptante.  Los meses, que se solicitan para autorización de cobro.  Motivo o causa por la cual se requiere que otro cobre las mensualidades de pensión.  Quien acepta el poder, firma o huella digital, nombre completo, domicilio, parentesco o relación de quien se le otorga el poder y teléfono donde se le pueda localizar (en este caso deberá ser número domiciliario, no se aceptarán celulares).  Del otorgante, firma o huella digital, nombre completo del pensionado que otorga el poder, domicilio, parentesco o relación de quien acepta el poder y teléfono donde se le pueda localizar (en este caso deberá ser número domiciliario, no se aceptarán celulares).  De los testigos, firma o huella digital, nombre completo de cada uno de los testigos que presencian el acto, domicilio, parentesco o relación y teléfono donde se le pueda localizar (en este caso deberá ser número domiciliario, no se aceptarán celulares).</p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>Del pensionado, aceptante y de los testigos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria. Original y copia para cotejo.</li> </ul> <p><b>Del pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS, original y copia para cotejo.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
<p><b>Solicitud para préstamo a cuenta de pensión</b></p>	<p>El trámite es de resolución inmediata. Solicitud para pensiones que están siendo pagadas a través del IMSS por Ley del Seguro Social 1973.</p> <p>Para que el trámite se realice en forma inmediata, el personal del Instituto una vez que haya recibido los documentos solicitados procederá al registro del préstamo del pensionado, si es aprobado se le indicarán los importes del préstamo y de los descuentos que aplicarán para su recuperación.</p> <p>En caso de negativa, se le emitirá un documento indicando el motivo del rechazo.</p> <p>En caso de que la solicitud sea presentada incompleta o le falte algún documento, la autoridad deberá indicarlo al solicitante en el momento en que requiera efectuar el trámite.</p> <p>Los documentos solicitados no deberán contener errores, borraduras, tachaduras o enmendaduras.</p> <p>En caso de presentarse alguna problemática en el trámite, el Instituto la comunicará al solicitante y le brindará la orientación necesaria a fin de que se pueda solucionar dicha problemática.</p> <p>Si al término del plazo máximo de respuesta, la autoridad no ha respondido, se entenderá que la solicitud fue resuelta en sentido negativo.</p>	<p>No hay prevención ya que el trámite es inmediato.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud para préstamo a cuenta de pensión</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del pensionado:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Número de Seguridad Social C.U.R.P. R.F.C. con homoclave</p> <p><b>Del solicitante:</b></p> <p>Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Domicilio: calle y número Int. Ext. Colonia C.P. Ciudad o entidad Teléfono Correo electrónico</p> <p><b>Datos de la pensión:</b></p> <p>Régimen Rama Tipo de pensión Grupo familiar</p> <p><b>Del trámite solicitado</b></p> <p><b>Documentos</b></p> <p><b>Del pensionado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. Credencial ADIMSS como identificación oficial, original y copia para cotejo.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la Credencial ADIMSS. Original y copia para cotejo.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
<p><b>Solicitud para comprobación de supervivencia</b></p> <p>Modalidades: A. Presencial. B. No presencial.</p>	<p>El trámite es de resolución inmediata. Para que el trámite se realice en forma inmediata, el personal del Instituto una vez que haya recibido los documentos solicitados procederá al registro de comprobación de supervivencia del pensionado. El pensionado podrá comprobar supervivencia en cualquier Centro de comprobación de supervivencia, unidades dependientes o servicios de PREVENIMSS con módulo instalado de comprobación de supervivencia. En caso de que la solicitud sea presentada incompleta o le falte algún documento, la autoridad deberá indicarlo al solicitante en el momento en que requiera efectuar el trámite. Los documentos solicitados no deberán contener errores, borraduras, tachaduras o enmendaduras. En caso de presentarse alguna problemática en el trámite, el Instituto la comunicará al solicitante y le brindará la orientación necesaria a fin de que se pueda solucionar dicha situación. Si al término del plazo máximo de respuesta, la autoridad no ha respondido, se entenderá que la solicitud fue resuelta en sentido negativo. La primera fecha de comprobación no debe exceder de seis meses a partir del primer mes de pago, al realizar la comprobación de supervivencia, se le</p>	<p>No hay prevención ya que el trámite es inmediato.</p>	<p>En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>	<p><b>Los datos del formato Solicitud para comprobación de supervivencia</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del asegurado:</b> Número de Seguridad Social</p> <p><b>Del pensionado:</b> Nombre(s) En su caso justificar la no comparecencia física del pensionado</p> <p><b>Documentos por Modalidad:</b></p> <p><b>A. PRESENCIAL</b></p> <p><b>Del pensionado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte o, cédula profesional, o Credencial ADIMSS, o cédula de identidad personal para menores de edad), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo. En caso de ser menor de 9 años de edad se aceptará como identificación la credencial escolar con fotografía vigente expedida por una institución educativa con registro del Sistema Educativo Nacional o documento con fotografía expedido por la Delegación o Municipio en donde se haga constar la identidad del menor. Original sólo para cotejo.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE, no necesario cuando presente la credencial ADIMSS. Original sólo para cotejo.</li> </ul> <p><b>B. NO PRESENCIAL</b></p> <p><b>Del pensionado:</b> Documento que justifique la no comparecencia física, del pensionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia de internamiento en hospitales del IMSS expedida por Trabajo Social, con antigüedad de expedición hasta de 48 horas a la fecha de la solicitud. Este documento se queda en el expediente.</li> <li>- Constancia de internamiento en Centros de Readaptación con antigüedad de expedición hasta de 30 días naturales a la fecha de la solicitud. Este documento se queda en el expediente.</li> <li>- Nota médica elaborada en visita domiciliaria de médico del IMSS, o pacientes en hospitales privados o postrados en sus domicilios (con antigüedad de expedición hasta 48 horas). Este documento se queda en el expediente.</li> <li>- Si se encuentra en el extranjero "Fe de Vida" expedida por el consulado de México en el país donde se encuentra, con fecha de expedición no mayor a 45 días naturales a la fecha de solicitud. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul> <p>Si el documento a presentar es "Fe de Vida" deberá contener la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Término "Certificado a petición de parte".</li> <li>• Número de orden.</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
	<p>entregará un comprobante, el cual indica la próxima fecha máxima de comprobación de supervivencia.</p> <p>El pensionado para seguir disfrutando el pago de su pensión, deberá comprobar supervivencia antes de la fecha límite indicado en el Comprobante de supervivencia, así mismo deberá notificar y actualizar previamente cualquier situación que modifique su condición conforme a la Ley y normatividad vigente.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apellido paterno, materno y nombre(s) del interesado que se presenta a certificar supervivencia.</li> <li>• Número de seguridad social del asegurado que origina el derecho a la prestación (11 dígitos).</li> <li>• Nombre y en su caso número de la credencial con que se identifica el interesado.</li> <li>• Domicilio en el extranjero del pensionado que se presenta a certificar supervivencia.</li> <li>• Fotografía del pensionado que se presenta a certificar supervivencia.</li> <li>• Fecha de certificación de supervivencia.</li> <li>• Firma del interesado.</li> <li>• Sello del consulado que emite el certificado y da fe de vida del pensionado.</li> </ul> <p>- Para pensionados con ciudadanía española que radican en España, se podrá recibir como documento que acredite la supervivencia, el documento denominado "Fe de vida y estado" emitido por el Ministerio de Justicia, a través de los registros civiles, con fecha de expedición no mayor a 45 días naturales a la fecha de solicitud. Este documento se queda en el expediente.</p> <p>Si el documento a presentar es "Fe de vida y Estado" deberá contener la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de solicitud.</li> <li>• Nombre del Registro Civil y provincia.</li> <li>• Estado civil del pensionado.</li> <li>• Hijo de quién es el pensionado (nombres de los padres).</li> <li>• Fecha de nacimiento del pensionado.</li> <li>• Domicilio del pensionado, para qué efecto se expide el documento.</li> <li>• Fecha en la que se presentó el pensionado.</li> <li>• Sello del Registro Civil donde se hizo este trámite. Este documento se queda en el expediente.</li> </ul> <p>- Para "Fe de vida y estado" adicionalmente se requiere copia que contenga número de seguridad social del asegurado que origina el derecho a la prestación (11 dígitos) expedido por el IMSS, INFONAVIT o AFORE.</p> <p>Si el pensionado se encuentra en el extranjero y éste no puede trasladarse al Ministerio de Justicia en España (Registros Civiles), consulado o embajada de México en el país donde se encuentre por condiciones de salud, internamiento en hospitales o centros de readaptación, algún familiar o amigo podrá solicitar apoyo a esta representación para que un funcionario consular se traslade al domicilio en donde se encuentre el pensionado, haciendo constar esta circunstancia en la "Fe de Vida".</p>



Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
<b>Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio</b>	28 Días Naturales	No aplica.	En tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.	<p><b>Los datos del formato Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del Asegurado:</b>  Número de seguridad social.  C.U.R.P.  Fecha de matrimonio.  AFORE.  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad  Teléfono(s)</p> <p><b>Del Cónyuge:</b>  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)</p> <p><b>Documentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria.</li> <li>- Copia certificada del acta de matrimonio y copia fotostática para cotejo. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social del asegurado. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original para requisitar la solicitud, mismo que es devuelto al asegurado. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Documento que compruebe cuál AFORE administra la cuenta individual del asegurado.</li> <li>- Si previamente se registró a otro cónyuge o concubina(rio) ante el IMSS, el asegurado deberá exhibir el acta de defunción del cónyuge o de la concubina o del concubinario, o bien, el acta de divorcio o la declaración escrita bajo protesta de decir verdad de que el concubinato terminó. (Copia certificada y copia fotostática para cotejo).</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
<b>Solicitud de ayuda para gastos de funeral</b>	28 Días Naturales	No aplica.	En tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.	<p><b>Los datos del formato Solicitud de ayuda para gastos de funeral</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Del Finado:</b>  Número de seguridad social.  C.U.R.P.  Fecha de defunción.  Ramo de seguro.  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad</p> <p><b>Del Solicitante.</b>  Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Domicilio: calle y número Int. Ext.  Colonia  C.P.  Ciudad o entidad  Teléfono(s).</p> <p><b>Documentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, o cartilla del Servicio Militar Nacional, o pasaporte, o cédula profesional, o Credencial ADIMSS), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria.</li> <li>- Documento que contenga el número de seguridad social del finado.</li> <li>- Copia certificada del Acta de Defunción y copia fotostática para cotejo. Si se trata de documento en idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional, o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</li> <li>- Clave Unica de Registro de Población (CURP) o impresión de la misma obtenida a través de la página de Internet del Registro Nacional de Población, no necesario cuando se trate de extranjeros que no radiquen en México, original para requisitar la solicitud, mismo que es devuelto al interesado. Este documento no es necesario cuando presente la credencial ADIMSS.</li> <li>- Cuenta Original de los gastos de funeral y copia fotostática para cotejo (factura o documento fiscal que avala el pago de los servicios funerarios de un asegurado o pensionado del IMSS, que describa cualquier gasto como es el ataúd, cremación, embalsamamiento, equipo de velación,</li> </ul>

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<p>derechos del servicio de entierro o servicio de traslado y en general gastos por servicios funerarios o de velación). De ocurrir el deceso en el extranjero en un país con idioma diferente al español, deberá presentar adicionalmente la traducción autorizada o emitida por un perito reconocido por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional o bien a falta de éste por alguna institución o entidad oficial, como son las universidades o instituciones autorizadas para ello.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sólo tratándose de fallecimiento de un asegurado por un riesgo de trabajo, copia simple del aviso para calificar probable riesgo (ST-1 o ST-7), calificado por el Servicio de Salud en el Trabajo del Instituto.</li> </ul>
<b>Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios.</b>	28 Días Naturales	No aplica.	En tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite	<p><b>Los datos del formato Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios</b></p> <p><b>Datos:</b></p> <p>Delegación.  Unidad de Medicina Familiar Tramitadora y de Control.  Nombre o razón social de la empresa.  Registro patronal asignado por el IMSS.  Registro patronal único asignado por el IMSS, en su caso.  Domicilio fiscal de la empresa, calle y número  Colonia  C.P.  Ciudad  Entidad  Número de escritura pública o testimonio notarial o acta constitutiva de la empresa.  Volumen  A la escritura de  Suscrita  No. de notario público  Nombre del notario público  Lugar de ubicación del notario público</p> <p><b>Datos del patrón y/representante legal:</b></p> <p>Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Cargo</p> <p><b>Declaraciones:</b></p> <p>Nombre de la empresa  Nombre y firma del patrón o representante legal de la empresa.  Lugar y fecha de elaboración y sello de la empresa, este último en su caso.</p> <p><b>Documentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Original y copia de la solicitud para la celebración del convenio.</li> <li>- Original y copia para cotejo, del acta constitutiva y poder notarial.</li> <li>- Copia de la última liquidación de cuotas obrero-patronales al IMSS.</li> </ul>


Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia del oficio que acredite la personalidad de los miembros del Comité Ejecutivo Sindical ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en su caso.</li> <li>- Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria), en su caso.</li> <li>- Relación de números de registros patronales, domicilio y total de trabajadores por cada registro.</li> <li>- Original y copia de la carta de acreditamiento de los representantes autorizados para recoger facturas, cheques en su caso y/o hacer aclaraciones del reembolso de subsidios, con fotografía y firmas.</li> <li>- Anuencia por escrito del sindicato representante o de los trabajadores mediante relación.</li> </ul>
<p><b>Solicitud de Ingreso e Inscripción a Guardería del IMSS.</b></p> <p>Modalidades:</p> <p>A. De la trabajadora inscrita en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio.</p> <p>B. Del trabajador inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio Viudo.</p> <p>C. Del trabajador inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio Divorciado.</p> <p>D. Del trabajador inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio que no sean padres consanguíneos o por adopción, que ejerzan la patria potestad y tenga la custodia del menor.</p>	<p>Dos días hábiles, de contar con cupo.</p>	<p>Inmediato</p>	<p>En tanto subsistan las condiciones que le dieron origen.</p>	<p><b>Datos</b> del Formato "Solicitud de Ingreso e Inscripción a Guardería del IMSS":</p> <p>Del menor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre.</li> <li>- Fecha de nacimiento.</li> </ul> <p>De la trabajadora o el trabajador (asegurado):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teléfono del domicilio particular.</li> <li>- Teléfono del domicilio laboral.</li> <li>- Nombre o Razón Social del lugar de trabajo.</li> <li>- Registro patronal.</li> <li>- Domicilio del lugar de trabajo.</li> <li>- Horario de trabajo.</li> <li>- Tiempo aproximado de traslado del domicilio a la guardería y de ésta al lugar de trabajo.</li> </ul>



Nombre de la Forma:	Solicitud de pensión Forma IMSS (2) 42.
Clave:	3300-009-022
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de la pensión solicitada: Incapacidad Permanente, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Retiro, Viudez, Orfandad y Ascendientes.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas y/o el solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa, la firma o huella se pondrá hasta que sea entregado el formato y documentos en presencia de personal de los Servicios de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción que corresponda.
Número de Tantos:	Original y 2 copias.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. 1a. Copia: Afiliación y Vigencia de Derechos. 2a. Copia: Solicitante.

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL ASEGURADO</b>		
5	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
6	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
7	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).
8	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).
9	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado.
10	Sexo:	"M" para masculino y "F" para femenino.
11	Estado Civil:	Estado civil del asegurado, que se debe acreditar legalmente.
12	Afore:	Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado.
13	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
14	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que se presenta a suscribir la solicitud.
15	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio.
16	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
17	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.

III. BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO		
18	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) de cada uno de los beneficiarios aunque no tengan derecho a pago por asignación familiar. En este caso deberá anotar a la esposa(o), hijos menores de edad, o en su caso concubina(rio) y ascendientes (padres).
19	Fecha nacimiento:	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
20	Parentesco:	Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación.
21	Sexo:	"M" para masculino y "F" para femenino.
22	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
IV. TIPO DE PENSION		
23	Tipo de pensión:	Una "X" en el casillero que señale el "Tipo de Pensión" solicitada de acuerdo con los datos consignados. Si se trata de una incapacidad permanente favor de leer los incisos de este apartado y marcar con una "X" lo elegido por el solicitante. - a) En caso de tratarse de Incapacidad Permanente con valuación de hasta el 25% procederá como forma de pago la Indemnización Global. - b) En caso de que el porcentaje de valuación sea mayor al 25% y hasta el 50% podrá optar entre Indemnización Global o Pensión y no procederá modificar la forma de pago una vez elegido. (Art. 58 fracción III). Elijo: Indemnización Global ( ) Pensión ( ). - c) Si la valuación es mayor al 50% invariablemente le corresponderá una pensión.
V. MANIFESTACIONES		
24	Manifestaciones:	Una "X" en el casillero (si) (no) de conformidad a lo que manifieste el solicitante. 1. Solicito el reconocimiento de mis cotizaciones: España ( ) Canadá ( ) ISSSTE ( ) 2. Firma otra persona a su ruego: Sí ( ) No ( )
VI. DOCUMENTACION ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD		
25	Documentación anexa:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el interesado para el trámite respectivo.
26	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.
27	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.
28	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.

 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS			
Delegación: (2)		<b>SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN CAMBIO DE DOMICILIO</b>	
Subdelegación: (3)			
Unidad Receptora: (4)			
I. DATOS DEL PENSIONADO			
Apellido Paterno		Apellido Materno (5)	Nombre (s)
Número de Seguridad Social (6)	C.U.R.P. (7)		R.F.C. con Homoclave (8)
II. DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellido Paterno		Apellido Materno (9)	Nombre (s)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (10)			Colonia (10)
C.P. (10)	Ciudad o Entidad (10)	Teléfono (11)	Correo Electrónico (12)
III. DATOS DE LA PENSIÓN			
Régimen (13)		Rama (14)	
Tipo de Pensión (15)		Grupo Familiar (16)	
IV. TRÁMITE SOLICITADO			
PAGO DE PENSIÓN POR CAMBIO DE DOMICILIO O POR TRASLADO DE DOMICILIO AL EXTRANJERO			
Por medio del presente proporciono los siguientes datos de mi nuevo domicilio:			
(17)			
Por lo anterior solicito el trámite para:			
<input type="checkbox"/> 1/ Pago de pensión por cambio de domicilio *			
(18) Doy por asentado que debo presentarme en el Control de Prestaciones de la unidad de adscripción correspondiente a mi nuevo domicilio, para que se me ratifiquen los bancos con convenio que actualmente maneja el acreditamiento en cuenta en la Delegación de destino para suscribir nuevo contrato, en su caso:			
ACREDITAMIENTO EN CUENTA ACTUAL:			
Banco:		(19)	
Última mensualidad cobrada:		(20)	
<input type="checkbox"/> 1/ Pago de pensión por traslado de domicilio al extranjero			
(21) Con fundamento en el artículo 117 de la Ley del Seguro Social vigente me permito informar al IMSS que trasladaré mi domicilio al extranjero y que estoy enterado que podré recibir mi pensión mientras dure mi ausencia, conforme a lo dispuesto por convenio internacional o de no existir éste, acepto que los gastos administrativos de traslado de fondos que genere el pago de mi pensión corran por mi cuenta. Asimismo estoy enterado de que deberé presentarme en la Embajada y/o Consulado máximo cada seis meses para comprobar Supervivencia y que deberé enviar el Certificado de Supervivencia (constancia de supervivencia o fe de vida) al domicilio que me indique el IMSS.			
País (22)		teléfono en el extranjero (con clave lada)	(23)
<input type="checkbox"/> 2/ Cambio de domicilio o residencia al extranjero			
(24) País (25)		teléfono en el extranjero (con clave lada)	(26)
1/Traslado de domicilio al extranjero aplica exclusivamente para pensiones pagadas por el IMSS.			
2/ Cambio de domicilio para pensiones pagadas por Aseguradora.			
V. DOCUMENTOS ANEXOS (27)			
Identificación Oficial ( )		Documento emitido por Afiliación y Vigencia* ( )	
Documento con NSS ( )		Poder notarial ( )	
Comprobante de domicilio o residencial al extranjero ( )		Otros (Describir) ( )	
* Documento adicional tratándose de pago de pensión por cambio de domicilio.			
VI. OBSERVACIONES (28)			
Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.			
(29)			
Firma o Huella del Solicitante			
Elaboró (30)		Pago IMSS (32) <input type="checkbox"/> Autorizo	
Matrícula, Nombre y Firma		Pago Aseguradora (32) <input type="checkbox"/> Revisó	
		(32)	
Lugar, Fecha y Sello (31)		Nombre, Firma y Cargo	




Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión cambio de domicilio.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de modificaciones de pensión para Ley 1973 o Ley 1997 por pago IMSS o pago Aseguradora por cambio de domicilio.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
<b>III. DATOS DE LA PENSION</b> (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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>
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. TRAMITE SOLICITADO		
PAGO DE PENSION POR CAMBIO DE DOMICILIO O POR TRASLADO DE DOMICILIO AL EXTRANJERO		
17	Por medio del presente proporciono los siguientes datos de mi nuevo domicilio:	Calle, número exterior e interior en su caso, colonia, delegación, código postal, ciudad o entidad federativa actual, del nuevo domicilio del pensionado o beneficiario, o del domicilio que tendrá en el extranjero.
18	Pago de pensión por cambio de domicilio:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es pago de pensión por cambio de domicilio. Nota: Este trámite sólo aplica para pensiones que son con pago IMSS por Ley 1973 o Ley 1997.
19	Banco:	De conformidad al "ACREDITAMIENTO EN CUENTA ACTUAL": Nombre del banco que contrató la cuenta bancaria.
20	Ultima mensualidad cobrada:	De conformidad al "ACREDITAMIENTO EN CUENTA ACTUAL": El último mes cobrado de la pensión.
21	Pago de pensión por traslado de domicilio al extranjero:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es pago de pensión cuando el pensionado cambie de residencia al extranjero con carácter permanente. Nota: Este trámite sólo aplica para pensiones que son con pago IMSS por Ley 1973.
22	País:	Nombre del país donde residirá el pensionado con carácter permanente.
23	Teléfono en el extranjero (con clave lada):	Número telefónico con clave lada donde se pueda localizar al solicitante y que sea el país donde residirá (no celular).
24	Cambio de domicilio o residencia al extranjero:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es para notificar el cambio de domicilio o residencia al extranjero. Nota: Este trámite sólo aplica para pensiones que son con pago Aseguradora por Ley 1997.
25	País:	Nombre del país donde residirá el pensionado con carácter permanente.
26	Teléfono en el extranjero (con clave lada)	Número telefónico con clave lada donde se pueda localizar al solicitante y que sea el país donde residirá (no celular).
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
27	Documentos anexos:	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		
28	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite. Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
29	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.
30	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
31	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.
32	Autorizó o Revisó: Nombre, firma y cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora. Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.



Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión finiquito.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de modificaciones de pensión para Ley 1973 o Ley 1997 por pago IMSS o pago Aseguradora para finiquitos de pensión.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
<b>III. DATOS DE LA PENSION</b> (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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>

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.
<b>IV. TRAMITE SOLICITADO FINIQUITOS DE PENSION</b>		
17	Finiquito por segundas nupcias o concubinato:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es finiquito por segundas nupcias o concubinato. Nota: Este trámite aplica para pensiones con pago IMSS por Ley 1973 o pago Aseguradora por Ley 1997.
18	Fecha del matrimonio o concubinato:	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).
19	Finiquito de hijo huérfano por cumplir 16 años:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es finiquito de hijo huérfano por cumplir 16 años. Nota: Este trámite aplica para pensiones con pago IMSS por Ley 1973 o pago Aseguradora por Ley 1997.
20	Datos del huérfano: Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s)):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del huérfano por cumplir 16 años.
21	Fecha de nacimiento:	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha de nacimiento del huérfano. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
<b>V. DOCUMENTOS ANEXOS</b>		
22	Documentos anexos:	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.
<b>VI. OBSERVACIONES</b>		
23	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite. Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
24	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.
25	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
26	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
27	Autorizó o Revisó: Nombre, firma y cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora. Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.

 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS									
<b>Delegación:</b> (2)		<b>SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN</b> <b>ALTA INICIAL DE COMPONENTE O DE NUEVO GRUPO FAMILIAR</b>							
<b>Subdelegación:</b> (3)		<b>Folio No.</b> (1)							
<b>Unidad Receptora:</b> (4)									
I. DATOS DEL PENSIONADO									
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre (s)						
Número de Seguridad Social (6)		C.U.R.P. (7)	R.F.C. con Homoclave (8)						
II. DATOS DEL SOLICITANTE									
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre (s)						
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (10)		Colonia (10)							
C.P. (10)	Ciudad o Entidad (10)	Teléfono (11)	Correo Electrónico (12)						
III. DATOS DE LA PENSIÓN									
Régimen (13)		Rama (14)							
Tipo de Pensión (15)		Grupo Familiar (16)							
IV. TRÁMITE SOLICITADO									
ALTA INICIAL DE COMPONENTE (ASIGNATARIO O PENSIONADO) O DE NUEVO GRUPO FAMILIAR									
SUJETOS DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA									
APELLIDO PATERNO (17)	APELLIDO MATERNO (17)	NOMBRE(S) (17)	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO (19)	PARENTESCO (20)	C.U.R.P. (21)	R.F.C. con Homoclave (22)
			Día (18)	Mes (18)	Año (18)				
Nombre del nuevo titular del pago * (23)									
Domicilio * (24)									
* Tratándose de Alta de Grupo Familiar se deberán requisitar estos campos adicionalmente.									
V. DOCUMENTOS ANEXOS (25)									
Identificación Oficial *	( )	Testimonial de Concubinato	( )						
Documento con NSS *	( )	Testimonial Dependencia Económica	( )						
Acta de Matrimonio	( )	C.U.R.P.	( )						
Acta de Denfunción Asegurado	( )	Copía de R.F.C.	( )						
Acta (s) Nacimiento	( )	Constancia de estudios	( )						
Acta (s) Adopción	( )	Poder notarial	( )						
Acta (s) de Reconocimiento	( )	Otros (Describir) * ( )	( )						
Comprobante de domicilio *	( )								
* Tratándose de Alta de Grupo Familiar se deberán solicitar solo estos documentos.									
VI. OBSERVACIONES (26)									
Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.									
(27)									
Firma o Huella del Solicitante									
Elaboró (28)	(29)	Pago IMSS Autorizo (30)	Pago Aseguradora Reviso (30)						
Matricula, Nombre y Firma		(30)							
Lugar, Fecha y Sello		Nombre, Firma y Cargo							

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión alta inicial de componente o de nuevo grupo familiar.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de modificaciones de pensión para Ley 1973 o Ley 1997 por pago IMSS o pago Aseguradora para alta inicial de componente (asignatario o pensionado) o de nuevo grupo familiar.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
No.	DATO	ANOTAR
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
<b>III. DATOS DE LA PENSION</b> (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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>

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.
<b>IV. TRAMITE SOLICITADO</b> ALTA INICIAL DE COMPONENTE (ASIGNATARIO O PENSIONADO) O DE NUEVO GRUPO FAMILIAR		
17	APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRE(S):	Apellidos paterno y materno y nombre(s) del alta de componente (asignatario o pensionado).
18	FECHA DE NACIMIENTO día: mes: año:	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
19	SEXO:	"M" para masculino y "F" para femenino.
20	PARENTESCO:	Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación.
21	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
22	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
23	Nombre del nuevo titular de pago:	Apellido paterno y materno y nombre(s) del nuevo titular de pago.
24	Domicilio:	Calle, número exterior e interior en su caso, colonia, delegación, código postal, ciudad o entidad federativa actual del nuevo titular de pago.
<b>V. DOCUMENTOS ANEXOS</b>		
25	Documentos anexos:	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.
<b>VI. OBSERVACIONES</b>		
26	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
27	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.
28	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
29	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.
30	Autorizó o Revisó: Nombre, firma y cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora.  Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Delegación: (2)	<b>SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN ALTA DE RESOLUCIÓN EN DATAMART</b>
Subdelegación: (3)	
Unidad Receptora: (4)	Folio No. (1)

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

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

III. DATOS DE LA PENSIÓN	
Régimen (13)	Rama (14)
Tipo de Pensión (15)	Grupo Familiar (16)

IV. TRÁMITE SOLICITADO (17)
ALTA DE RESOLUCIÓN EN DATAMART
<p>Por medio de la presente solicito el alta de resolución de pensión en DATAMART, para continuar trámites ante la AFORE.</p>

V. DOCUMENTOS ANEXOS (18)	
Identificación Oficial ( )	Poder notarial ( )
Resolución de pensión ( )	Otros (Describir) ( )

VI. OBSERVACIONES (19)

Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.			
(20)			
Firma o Huella del Solicitante			
Elaboró		Pago IMSS	Pago Aseguradora
(21)	(22)	<input type="checkbox"/> (23) Autorizó	<input type="checkbox"/> (23) Revisó
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	(23) Nombre, Firma y Cargo	

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión alta de resolución en DATAMART.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes para alta de resolución en DATAMART.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.

III. DATOS DE LA PENSION		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>
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. TRAMITE SOLICITADO		
17	Trámite solicitado:	Muestra el nombre del trámite de Modificación de Pensión: Alta de resolución en DATAMART.
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
18	Documentos anexos:	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		
19	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
20	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
21	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
22	Lugar, fecha y sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
23	Autorizó o Revisó: Nombre, firma y cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago ( <input type="checkbox"/> ) Pago IMSS ( <input type="checkbox"/> ) Pago Aseguradora.  Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Delegación: (2)		SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN ACLARACIÓN DE DATOS Y/O CÁLCULOS DE PENSIÓN	
Subdelegación: (3)			
Unidad Receptora: (4)		Folio No. (1)	
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>			
Apellido Paterno		Apellido Materno (5)	Nombre (s)
Número de Seguridad Social (6)	C. U. R. P. (7)	R. F. C. con Homoclave (8)	
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>			
Apellido Paterno		Apellido Materno (9)	Nombre (s)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (10)			Colonia (10)
C. P. (10)	Ciudad o Entidad (10)	Teléfono (11)	Correo Electrónico (12)
<b>III. DATOS DE LA PENSIÓN</b>			
Régimen (13)		Rama (14)	
Tipo de Pensión (15)		Grupo Familiar (16)	
<b>IV. TRÁMITE SOLICITADO</b>			
<b>ACLARACIÓN DE DATOS Y/O CÁLCULOS DE PENSIÓN</b>			
Por medio de la presente solicito:			
La aclaración de datos y/o cálculos de la pensión:			
MOTIVO: (17)			
<b>V. DOCUMENTOS ANEXOS (18)</b>			
Identificación Oficial ( )	Poder notarial ( )		
Documento con NSS ( )	Otros (Describir) ( )		
<b>VI. OBSERVACIONES (19)</b>			
Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.			
(20)			
Firma o Huella del Solicitante			
Elaboró (21)	(22)	Pago IMSS (23) <input type="checkbox"/> Autorizó	Pago Aseguradora (23) <input type="checkbox"/> Revisó
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	(23) Nombre, Firma y Cargo	

Documento para uso exclusivo del IMSS

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión aclaración de datos y/o cálculos de pensión.
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de modificaciones de pensión para Ley 1973 o Ley 1997 por pago IMSS o pago Aseguradora para aclaración de datos y/o cálculos de pensión.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y dos tantos.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
I. DATOS DEL PENSIONADO		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
9	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
10	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
11	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.

III. DATOS DE LA PENSION		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>
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. TRAMITE SOLICITADO		
ACLARACION DE DATOS Y/O CALCULOS DE LA PENSION		
17	...datos y/o cálculos por: Motivos:	Los motivos por los cuales desea hacer la aclaración de datos y/o cálculos de la pensión.
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
18	Documentos anexos:	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		
19	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
20	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
21	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
22	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
23	Autorizó o Revisó: Nombre, firma y cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora.  Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Delegación: (2)	<b>SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN CAMBIO DE TITULAR DE COBRO</b>
Subdelegación: (3)	
Unidad Receptora: (4)	
Folio No. (1)	

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

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

III. DATOS DE LA PENSIÓN	
Régimen (13)	Rama (14)
Tipo de Pensión (15)	Grupo Familiar (16)

IV. TRÁMITE SOLICITADO	
CAMBIO DE TITULAR DE COBRO	
Solicito el cambio de titular de cobro, de conformidad con los derechos que me otorga la Ley del Seguro Social.	
Nombre del nuevo titular del pago: (17)	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombre (s)	
Domicilio: (18)	_____
Calle y Número Int. Ext.	Colonia
C.P.	Ciudad o Entidad

V. DOCUMENTOS ANEXOS (19)	
Identificación Oficial ( )	Acta de Tutela ( )
Documento con NSS ( )	Comprobante de domicilio ( )
Acta de Nacimiento	Poder notarial ( )
Acta de Matrimonio ( )	Otros (Describir) ( )

VI. OBSERVACIONES (20)	

Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.			
(21)			
Firma o Huella del Solicitante			
Elaboró (22)	(23)	Pago IMSS	Pago Aseguradora
		<input type="checkbox"/> (24) Autorizó	<input type="checkbox"/> (24) Revisó
(24)		(24)	
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Nombre, Firma y Cargo	

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión cambio de titular de cobro.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de modificaciones de pensión para Ley 1973 o Ley 1997 por pago IMSS o pago Aseguradora para cambio de titular de cobro.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.



III. DATOS DE LA PENSION		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>
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. TRAMITE SOLICITADO		
CAMBIO DE TITULAR DE COBRO		
17	Nombre del nuevo titular del pago:	Apellido paterno y materno y nombre(s) del nuevo titular de pago.
18	Domicilio:	Calle, número exterior e interior en su caso, colonia, delegación, código postal, ciudad o entidad federativa actual del nuevo titular de pago.
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
19	Documentos anexos:	Una "X" en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación.  Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
20	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
21	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
22	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
23	Lugar, fecha y sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
24	Autorizó o Revisó: Nombre, firma y cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora.  Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Delegación: (2)	<b>SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN PAGO DE MENSUALIDADES O DIFERENCIAS</b>
Subdelegación: (3)	
Unidad Receptora: (4)	Folio No. (1)

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

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

III. DATOS DE LA PENSIÓN	
Régimen (13)	Rama (14)
Tipo de Pensión (15)	Grupo Familiar (16)

IV. TRÁMITE SOLICITADO	
PAGO DE MENSUALIDADES O DIFERENCIAS	
Por este medio solicito la reposición del importe de la(s) mensualidad(es) correspondiente(s) al(los) mes(es) de:	
_____	_____
_____	_____
por los siguientes motivos: (18)	
_____	
_____	

V. DOCUMENTOS ANEXOS (19)	
Identificación Oficial ( )	Poder notarial ( )
Documento con NSS ( )	Otros (Describir) ( )

VI. OBSERVACIONES (20)

Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.		
(21)		
Firma o Huella del Solicitante		
Elaboró (22)	(23)	Autorizó (24)
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Nombre, Firma y Cargo

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión pago de mensualidades o diferencias.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de modificaciones de pensión para Ley 1973 o Ley 1997 por pago IMSS para pago de mensualidades o diferencias.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.

III. DATOS DE LA PENSION		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>
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. TRAMITE SOLICITADO		
PAGO DE MENSUALIDADES O DIFERENCIAS		
17	...mensualidad (es) correspondiente(s) al (los) mes (es) de:	El mes de la fecha de las mensualidades o diferencias a pagar. Anotando el mes y por último el año.
18	...por los siguientes motivos:	Los motivos por los cuales desea hacer la aclaración el reclamo para pago de mensualidades o diferencias.
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
19	Documentos anexos:	Una "X" en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación.  Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
20	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
21	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
22	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
23	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
24	Autorizó: Nombre, firma o cargo:	Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Delegación: (2)	<b>SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN PAGO DE MENSUALIDADES (ACUERDO 383/98)</b>
Subdelegación: (3)	
Unidad Receptora: (4)	
Folio No. (1)	

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

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

III. DATOS DE LA PENSIÓN	
Régimen (13)	Rama (14)
Tipo de Pensión (15)	Grupo Familiar (16)

IV. TRÁMITE SOLICITADO (17)
PAGO DE MENSUALIDADES (ACUERDO 383/98)
<p>Suscribo esta solicitud, declarando que no existe algún juicio, proceso, procedimiento, o cualquier otro acto procesal entre los beneficiarios o herederos o nombramiento de representante legal del pensionado fallecido, en sus derechos y obligaciones. Aceptando que de ser así el Instituto Mexicano del Seguro Social deje sin efectos la presente solicitud y en su caso, previa petición de reclamo entregue las mensualidades de pensión no cobradas por su titular, a quien acredite ser su representante legal mediante la resolución judicial de mérito.</p> <p>Asimismo, declaro que me comprometo a devolver al Instituto Mexicano del Seguro Social, el importe que éste me haya cubierto por concepto de mensualidades no cobradas por el extinto titular de la pensión, si posteriormente a su liquidación se presenta diversa persona acreditando mejor derecho a las mismas, siempre y cuando dicha circunstancia me sea debidamente notificada por el Instituto.</p>

V. DOCUMENTOS ANEXOS (18)	
Identificación Oficial ( )	Acta de Adopción ( )
Documento con NSS ( )	Acta de Reconocimiento ( )
Acta de Defunción ( )	Comprobante de domicilio ( )
Acta de Matrimonio ( )	Poder notarial ( )
Testimonial de Concubinato ( )	Otros (Describir) ( )

VI. OBSERVACIONES (19)

Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.

(20)		
Firma o Huella del Solicitante		
Elaboró (21)	(22)	Autorizó (23)
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Nombre, Firma y Cargo

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión pago de mensualidades (acuerdo 383/98).
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para así controlar y atender las solicitudes de modificaciones de pensión para Ley 1973 o Ley 1997 por pago IMSS para pagar las mensualidades de pensión no cobradas por los pensionados a la fecha de su fallecimiento (acuerdo 383/98).
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y dos tantos.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.

III. DATOS DE LA PENSION		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>
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. TRAMITE SOLICITADO		
PAGO DE MENSUALIDADES (ACUERDO 383/98)		
17	Trámite solicitado:	Muestra el nombre del trámite de Modificación de Pensión.
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
18	Documentos anexos:	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		
19	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
20	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
21	Elaboró: Matrícula, nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
22	Lugar, fecha y sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
23	Autorizó: Nombre, firma y cargo:	Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Delegación: (2)	<b>SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN PAGO O MODIFICACIÓN DE PENSIÓN ALIMENTICIA</b>
Subdelegación: (3)	
Unidad Receptora: (4)	Folio No. (1)

**I. DATOS DEL PENSIONADO**

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

**II. DATOS DEL SOLICITANTE**

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

**III. DATOS DE LA PENSIÓN**

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

**IV. TRÁMITE SOLICITADO (17)**

**PAGO O MODIFICACIÓN PENSIÓN ALIMENTICIA**

Por medio del presente solicito al IMSS el pago o modificación de pensión alimenticia de conformidad con el mandato emitido por la autoridad competente.

**V. DOCUMENTOS ANEXOS (18)**

Identificación Oficial ( )	Poder notarial ( )
Comprobante de domicilio ( )	Otros (Describir) ( )
C.U.R.P. ( )	

**VI. OBSERVACIONES (19)**

Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.

(20)

Firma o Huella del Solicitante

Elaboró (21)	(22)	(23)
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Nombre, Firma y Cargo



Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión pago o modificación de pensión alimenticia.
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de modificaciones de pensión para Ley 1973 o 1997 pago IMSS o modificación de pensión alimenticia.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y dos tantos.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.

III. DATOS DE LA PENSION		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>
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. TRAMITE SOLICITADO		
PAGO O MODIFICACION DE PENSION ALIMENTICIA		
17	Trámite solicitado:	Muestra el nombre del trámite de Modificación de Pensión.
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
18	Documentos anexos:	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 su derechos.
VI. OBSERVACIONES		
19	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
20	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
21	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
22	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
23	Autorizó o Revisó: Nombre, firma y cargo:	Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Delegación: (2)	<b>SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN PRÓRROGA POR CONTINUACIÓN DE ESTUDIOS</b>
Subdelegación: (3)	
Unidad Receptora: (4)	
Folio No. (1)	

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

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

III. DATOS DE LA PENSIÓN	
Régimen (13)	Rama (14)
Tipo de Pensión (15)	Grupo Familiar (16)

**IV. TRÁMITE SOLICITADO (17)**  
**PRÓRROGA POR CONTINUACIÓN DE ESTUDIOS**

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

Nombre del estudiante (18)	Nombre de la escuela (19)
1	
2	
3	
4	
5	

Datos que deberán ser llenados por Departamento de Pensiones Subdelegacional			
Tipo de calendario escolar	Año escolar	Periodo escolar	Inicio y Término del periodo escolar
1 (20)	(20)	(20)	(20)
2			
3			
4			
5			

V. DOCUMENTOS ANEXOS (21)	
Identificación Oficial ( )	Poder notarial ( )
Constancia de estudios ( )	Otros (Describir) ( )
C.U.R.P. ( )	

VI. OBSERVACIONES (22)

Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.

(23) Firma o Huella del Solicitante						
Elaboró (24)	(25)	<table border="1"> <tr> <td>Pago IMSS</td> <td>Pago Aseguradora</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autorizó (26)</td> <td><input type="checkbox"/> Revisó (26)</td> </tr> </table>	Pago IMSS	Pago Aseguradora	<input type="checkbox"/> Autorizó (26)	<input type="checkbox"/> Revisó (26)
Pago IMSS	Pago Aseguradora					
<input type="checkbox"/> Autorizó (26)	<input type="checkbox"/> Revisó (26)					
Matricula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	(26) Nombre, Firma y Cargo				

Nombre de la forma:	Solicitud de modificación de pensión prórroga por continuación de estudios.
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de modificaciones de pensión para Ley 1973 o Ley 1997 por pago IMSS o pago Aseguradora para prórroga por continuación de estudios.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y dos tantos.
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de modificación de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
I. DATOS DEL PENSIONADO		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
9	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
10	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
11	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
III. DATOS DE LA PENSION		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>

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. TRAMITE SOLICITADO PRORROGA POR CONTINUACION DE ESTUDIOS		
18	Nombre del estudiante:	Apellido paterno y materno y nombre(s) del estudiante (huérfano o asignatario).
19	Nombre de la escuela:	Nombre de la escuela del Sistema Educativo Nacional, Institución Nacional o plantel oficial en la que está inscrito el estudiante.
20	Datos que deberán ser llenado por el Departamento de Pensión Subdelegacional: Tipo de calendario escolar: Año escolar: Período escolar: Inicio y término del periodo escolar:	El tipo de calendario escolar para el control de estudios y otorgamiento de prórrogas. El año en curso. Periodo que cursa. Fecha de inicio al término del periodo escolar, con número arábigo día y año, con letra el mes. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
21	Documentos anexos:	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		
22	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
23	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
24	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
25	Lugar, fecha y sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
26	Autorizó o Revisó: Nombre, firma y cargo:	Una "X" en el casillero que señale la forma del pago ( ) Pago IMSS ( ) Pago Aseguradora.  Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Delegación: (2)	<b>SOLICITUD DE ACREDITAMIENTO EN CUENTA</b>
Subdelegación: (3)	
Unidad Receptora: (4)	
Folio No. (1)	

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

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

III. DATOS DE LA PENSIÓN	
Régimen (13)	Rama (14)
Tipo de Pensión (15)	Grupo Familiar (16)

**IV. TRÁMITE SOLICITADO  
ACREDITAMIENTO EN CUENTA**

Por medio de la presente autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social para que acredite mensualmente el importe de mi pensión.

Nombre del titular (17)	_____
Institución bancaria (18)	_____
Sucursal (número y nombre) (19)	_____
Número de cuenta (20)	Número de Cuenta CLABE (21)
Acreditamiento a partir del mes de (22)	_____

Asimismo, me comprometo a presentarme ante el IMSS cada seis meses en las fechas que me sea requerido, con la finalidad de comprobar SUPERVIVENCIA y a notificar cualquier cambio relacionado con la cuenta bancaria, aceptando que en caso contrario se suspenda el pago de mi pensión.

En caso de traslado de domicilio al extranjero, me comprometo a acudir a la Embajada y/o Consulado Mexicano para comprobar Supervivencia máximo cada 6 meses a partir de esta fecha y cuando el Instituto lo requiera, asimismo me obligo a notificar cualquier cambio de cuenta bancaria, aceptando que en caso contrario se suspenda mi pensión.

El beneficiario de la cuenta bancaria se compromete, para el caso de fallecimiento del pensionado, a notificar al Instituto dentro de los tres días siguientes del acontecimiento, para evitar pagos indebidos, y en el caso de omisión, se compromete a reembolsar al Instituto Mexicano del Seguro Social las mensualidades abonadas con posterioridad al fallecimiento del pensionado, para el caso de haber retirado dichos depósitos, o bien expresamente a autorizar al Banco a efectuar la devolución de estos al IMSS, en términos del artículo 56 de la Ley de Instituciones de Crédito, quedando a salvo los derechos familiares para tramitar ante el IMSS las prestaciones a que tenga derecho de acuerdo a la Ley del Seguro Social.

(23)	(24)
_____	_____
Domicilio y teléfono del beneficiario	Nombre y firma o huella digital del beneficiario

V. DOCUMENTOS ANEXOS (25)	
Identificación Oficial ( )	Documento que contenga número de cuenta CLABE ( )
Documento con NSS ( )	Poder notarial ( )
Contrato Bancario ( )	Otros (Describir) ( )

VI. OBSERVACIONES (26)	


Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.

(27)	Firma o Huella del Solicitante
Elaboró (28)	Autorizó (30)
_____	_____
Matrícula, Nombre y Firma	Nombre, Firma y Cargo
(29)	Lugar, Fecha y Sello

Nombre de la forma:	Solicitud de acreditamiento en cuenta.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de acreditamiento en cuenta.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de acreditamiento en cuenta.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
<b>III. DATOS DE LA PENSION</b>		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>


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.
<b>IV. TRAMITE SOLICITADO ACREDITAMIENTO EN CUENTA</b>		
17	Nombre del titular:	Apellidos paterno, materno y nombre(s) del titular de la cuenta bancaria.
18	Institución bancaria:	Nombre del banco donde abrió la cuenta bancaria.
19	Sucursal (número y nombre)	Número y nombre de la sucursal bancaria que controla la cuenta bancaria.
20	Número de cuenta:	Número asignado a la cuenta por la Institución bancaria.
21	Número de Cuenta CLABE:	Número asignado a la cuenta CLABE por la Institución bancaria.
22	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.
23	Domicilio y teléfono del beneficiario	Ubicación del domicilio del beneficiario así como número telefónico donde se le pueda localizar en la Ciudad donde se presente a suscribir la solicitud (no celular).
24	Nombre y firma o huella digital del beneficiario:	Apellidos paterno y materno y nombre(s) del (de los) beneficiario(s) del titular de la cuenta bancaria, registrado(s) en el contrato bancario. Quien firma de aceptante solidario del titular de la cuenta y se compromete a rembolsar al IMSS las mensualidades abonadas con posterioridad al fallecimiento del pensionado.
<b>V. DOCUMENTOS ANEXOS</b>		
25	Documentos anexos:	<del>Anotar</del> 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.
<b>VI. OBSERVACIONES</b>		
26	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
27	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.
28	Elaboró: Matrícula, nombre y firma	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
29	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.
30	Autorizó: Nombre, firma y cargo	Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.



 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS			
Delegación: (2)		<b>SOLICITUD DE COBRO DE PENSIÓN POR UN TERCERO</b>	
Subdelegación: (3)			
Unidad Receptora: (4)			
Folio No. (1)			
I. DATOS DEL PENSIONADO			
Apellido Paterno		Apellido Materno (5)	Nombre (s)
Número de Seguridad Social (6)	C.U.R.P. (7)	R.F.C. con Homoclave (8)	
II. DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellido Paterno		Apellido Materno (9)	Nombre (s)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (10)		Colonia (10)	
C.P. (10)	Ciudad o Entidad (10)	Teléfono (11)	Correo Electrónico (12)
III. DATOS DE LA PENSIÓN			
Régimen (13)		Rama (14)	
Tipo de Pensión (15)		Grupo Familiar (16)	
IV. TRÁMITE SOLICITADO			
COBRO DE PENSIÓN POR UN TERCERO			
Por la presente DOY al Sr.(a) _____ (17) poder amplio, cumplido y bastante para que a MI nombre y representación cobre la(s) mesualidad(es) la pensión, que disfruto por parte de esa Institución, correspondiente (s) al (s) (los) mes (es) de: _____ (18), _____ (18) _____ (18), _____ (18) en virtud de encontrarme: _____ (19)			
ACEPTO EL PODER (20)		OTORGANTE (21)	
Firma: _____		Firma: _____	
Nombre: _____		Nombre: _____	
Domicilio: _____		Domicilio: _____	
Parentesco: _____		Parentesco: _____	
Teléfono: _____		Teléfono: _____	
TESTIGOS (22)			
Firma: _____		Firma: _____	
Nombre: _____		Nombre: _____	
Domicilio: _____		Domicilio: _____	
Parentesco: _____		Parentesco: _____	
Teléfono: _____		Teléfono: _____	
<b>Cláusula especial:</b> El aceptante de la carta poder se compromete a notificar al Instituto el fallecimiento del pensionado dentro de los tres días siguientes del acontecimiento para evitar pagos indebidos, y en el caso de omisión, dicho aceptante se compromete a reembolsar al Instituto Mexicano del Seguro Social las mesualidades cobradas.			
V. DOCUMENTOS ANEXOS (23)			
Identificación Oficial ( )		Otros (Describir) ( )	
Documento con NSS ( )			
VI. OBSERVACIONES (24)			
Período Autorizado: _____			
Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.			
(25)			
Firma o Huella del Solicitante			
Elaboró			Autorizó
(26)	(27)		(28)
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello		Nombre, Firma y Cargo

Nombre de la forma:	Solicitud de cobro de pensión por un tercero.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes de cobro de pensión por un tercero para Ley 1973 o Ley 1997 por pago IMSS, para cobrar en las ventanillas de sucursales bancarias o centros pagadores IMSS que por algún motivo el pensionado se encuentre impedido para acudir personalmente a efectuar el cobro.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud de cobro de pensión por un tercero.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
<b>III. DATOS DE LA PENSION</b>		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>

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. TRAMITE SOLICITADO COBRO DE PENSION POR UN TERCERO		
17	Doy ... al Sr.:	Nombre(s) y apellido del aceptante.
18	Correspondiente a(los) mes(es) de:	Los meses, que se solicitan para autorización de cobro.
19	En virtud de encontrarme:	Motivo o causa por la cual se requiere que otro cobre las mensualidades de pensión.
20	Acepto el Poder:	Firma o huella digital, nombre completo, domicilio, parentesco o relación con quien otorga el poder y teléfono donde se le pueda localizar (en este caso deberá ser número domiciliario, no se aceptarán celulares).
21	Otorgante:	Firma o huella digital, nombre completo del pensionado que otorga el poder, domicilio, parentesco o relación de quien acepta el poder y teléfono donde se le pueda localizar (en este caso deberá ser número domiciliario, no se aceptarán celulares).
22	Testigos:	Firma o huella digital, nombre completo de cada uno de los testigos que presencian el acto, domicilio, parentesco o relación y teléfono donde se le pueda localizar (en este caso deberá ser número domiciliario, no se aceptarán celulares).
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
23	Documentos anexos:	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 su derechos.
VI. OBSERVACIONES		
24	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
25	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
26	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Modificación de Pensión y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
27	Lugar, fecha y sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
28	Autorizó: Nombre, firma y cargo:	Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.

 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES</b> <b>COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS</b>			
Delegación: (2)		<b>SOLICITUD PARA PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN</b>	
Subdelegación: (3)			
Unidad Receptora: (4)			
I. DATOS DEL PENSIONADO			
Apellido Paterno		Apellido Materno (5)	Nombre (s)
Número de Seguridad Social (6)	C.U.R.P. (7)		R.F.C. con Homoclave (8)
II. DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellido Paterno		Apellido Materno (9)	Nombre (s)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (10)		Colonia (10)	
C.P. (10)	Ciudad o Entidad (10)	Teléfono (11)	Correo Electrónico (12)
III. DATOS DE LA PENSIÓN			
Régimen (13)		Rama (14)	
Tipo de Pensión (15)		Grupo Familiar (16)	
IV. TRÁMITE SOLICITADO (17)			
PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN			
<p>Con fundamento en lo establecido en el artículo 127 de la Ley del Seguro Social de 1973, solicito me sea concedido un préstamo a cuenta de la pensión que actualmente disfruto en el régimen 73, 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.</p>			
V. DOCUMENTOS ANEXOS (18)			
Identificación Oficial ( )		Poder notarial ( )	
Documento con NSS ( )		Otros (Describir) ( )	
OBSERVACIONES (19)			
<p>1. De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de pensión.  2. Para cualquier queja, aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Call Center Institucional al 018006232323 o al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 018003862466 o 20003000 en el DF y área metropolitana.</p>			
<p>Declaro, que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables.</p>			
(20)			
Firma o Huella del Solicitante			
Elaboró (21)	Firma o Huella del Solicitante (22)		Autorizó (23)
Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello		Nombre, Firma y Cargo

Nombre de la forma:	Solicitud para préstamo a cuenta de pensión.	
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del interesado (solicitante) para controlar y atender las solicitudes para préstamo a cuenta de pensión Ley 1973 por pago IMSS.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Folio:	Número progresivo asignado a cada solicitud para préstamo a cuenta de pensión.
2	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
3	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
4	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
<b>I. DATOS DEL PENSIONADO</b>		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado que origina el derecho a la prestación.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Causantes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular).
12	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.

III. DATOS DE LA PENSION		
(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "1973". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1973.</li> <li>• "1997". Para pensiones otorgadas por Ley del Seguro Social de 1997, a partir del 1o. de julio de 1997, con pago a través del IMSS (pensiones de incapacidad permanente con carácter provisional, invalidez con carácter temporal, garantizadas cesantía en edad avanzada, vejez y derivadas).</li> </ul>
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. TRAMITE SOLICITADO		
PRESTAMO A CUENTA DE PENSION		
17	Trámite solicitado:	Muestra el nombre del trámite de solicitado.
V. DOCUMENTOS ANEXOS		
18	Documentos anexos:	Una "X" el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación.  Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos.
VI. OBSERVACIONES		
19	Observaciones:	Espacio para anotar información adicional de conformidad con cada tipo de trámite.  Los datos particulares de los documentos entregado por el solicitante.
20	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
21	Elaboró: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la Solicitud de Préstamo y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
22	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
23	Autorizó: Nombre, Firma y Cargo.	Apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y  
SOCIALES  
COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
DIVISION DE PENSIONES

**COMPROBANTE DE SUPERVIVENCIA**

EVITE SUSPENSIÓN DE PAGO CERTIFIQUE SUPERVIVENCIA ANTES  
DEL 1  
EN EL CENTRO DE COMPROBACION MAS CERCANO

NSS:	2	Folio:	6
Nombre:	3	Fecha:	7
Grupo Familiar:	4	Rama:	8
Centro de Comprobación:	5	Tipo de pensión:	9

Asimismo, me comprometo a presentarme ante el IMSS, MÁXIMO cada 6 meses a partir de esta fecha y cuando el Instituto lo requiera con la finalidad de comprobar SUPERVIVENCIA, y a notificar cualquier cambio relacionado con la cuenta, aceptando que en caso contrario se suspenda mi pensión. El beneficiario de la cuenta se compromete a rembolsar al Instituto Mexicano del Seguro Social de conformidad y en los términos del artículo 56 de la Ley de Instituciones de Crédito, la(s) mensualidad(es) abonada(s) posteriormente al fallecimiento quedando a salvo los derechos de mis beneficiarios legales para tramitar ante el IMSS las prestaciones que correspondan de acuerdo a la Ley del Seguro Social y en su caso autoriza al banco a efectuar la devolución al IMSS del importe acreditado de más.

10

Nombre y Firma del Titular

11

Nombre y Firma del Empleado IMSS que verificó la supervivencia

Original para Titular



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y  
SOCIALES  
COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
DIVISION DE PENSIONES

**COMPROBANTE DE SUPERVIVENCIA**

EVITE SUSPENSIÓN DE PAGO CERTIFIQUE SUPERVIVENCIA ANTES  
DEL 1  
EN EL CENTRO DE COMPROBACION MAS CERCANO

NSS:	2	Folio:	6
Nombre:	3	Fecha:	7
Grupo Familiar:	4	Rama:	8
Centro de Comprobación:	5	Tipo de pensión:	9

Asimismo, me comprometo a presentarme ante el IMSS, MÁXIMO cada 6 meses a partir de esta fecha y cuando el Instituto lo requiera con la finalidad de comprobar SUPERVIVENCIA, y a notificar cualquier cambio relacionado con la cuenta, aceptando que en caso contrario se suspenda mi pensión. El beneficiario de la cuenta se compromete a rembolsar al Instituto Mexicano del Seguro Social de conformidad y en los términos del artículo 56 de la Ley de Instituciones de Crédito, la(s) mensualidad(es) abonada(s) posteriormente al fallecimiento quedando a salvo los derechos de mis beneficiarios legales para tramitar ante el IMSS las prestaciones que correspondan de acuerdo a la Ley del Seguro Social y en su caso autoriza al banco a efectuar la devolución al IMSS del importe acreditado de más.

10

Nombre y Firma del Titular

11

Nombre y Firma del Empleado IMSS que verificó la supervivencia

Copia para IMSS (0.2 segundos)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
 COORDINACION DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
 DIVISION DE PENSIONES

**COMPROBANTE DE SUPERVIVENCIA**

EVITE SUSPENSION DE PAGO CERTIFIQUE SUPERVIVENCIA ANTES DEL 1 EN EL CENTRO DE COMPROBACION MAS CERCANO

NSS:	2	Folio:	6
Nombre:	3	Fecha:	7
Grupo Familiar:	4	Rama:	8
Centro de Comprobación:	5	Tipo de pensión:	9

Nombre del beneficiario	Parentesco	Edad	Nombre y Firma del Beneficiario/Titular
10	10	Años	

10

11

Nombre y Firma del Empleado IMSS que verificó la supervivencia

Asimismo, me comprometo a presentarme ante el IMSS, MÁXIMO cada 6 meses a partir de esta fecha y cuando el Instituto lo requiera con la finalidad de comprobar SUPERVIVENCIA, y a notificar cualquier cambio relacionado con la cuenta, aceptando que en caso contrario se suspenda mi pensión. El beneficiario de la cuenta se compromete a rembolsar al Instituto Mexicano del Seguro Social de conformidad y en los términos del artículo 56 de la Ley de Instituciones de Crédito, la(s) mensualidad(es) abonada(s) posteriormente al fallecimiento quedando a salvo los derechos de mis beneficiarios legales para tramitar ante el IMSS las prestaciones que correspondan de acuerdo a la Ley del Seguro Social y en su caso autoriza al banco a efectuar la devolución al IMSS del importe acreditado de más.

Original para Beneficiario



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
 COORDINACION DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
 DIVISION DE PENSIONES

**COMPROBANTE DE SUPERVIVENCIA**

EVITE SUSPENSION DE PAGO CERTIFIQUE SUPERVIVENCIA ANTES DEL 1 EN EL CENTRO DE COMPROBACION MAS CERCANO

NSS:	2	Folio:	6
Nombre:	3	Fecha:	7
Grupo Familiar:	4	Rama:	8
Centro de Comprobación:	5	Tipo de pensión:	9

Nombre del beneficiario	Parentesco	Edad	Nombre y Firma del Beneficiario/Titular
10	10	Años	

10

11

Nombre y Firma del Empleado IMSS que verificó la supervivencia

Asimismo, me comprometo a presentarme ante el IMSS, MÁXIMO cada 6 meses a partir de esta fecha y cuando el Instituto lo requiera con la finalidad de comprobar SUPERVIVENCIA, y a notificar cualquier cambio relacionado con la cuenta, aceptando que en caso contrario se suspenda mi pensión. El beneficiario de la cuenta se compromete a rembolsar al Instituto Mexicano del Seguro Social de conformidad y en los términos del artículo 56 de la Ley de Instituciones de Crédito, la(s) mensualidad(es) abonada(s) posteriormente al fallecimiento quedando a salvo los derechos de mis beneficiarios legales para tramitar ante el IMSS las prestaciones que correspondan de acuerdo a la Ley del Seguro Social y en su caso autoriza al banco a efectuar la devolución al IMSS del importe acreditado de más.

Copia para IMSS (0.2 segundos)



Nombre de la forma:	Solicitud para comprobación de supervivencia
Objetivo:	Disponer de un documento que avale la autorización y el registro de los datos del pensionado al momento en que compruebe su supervivencia.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.
Número de tantos:	Original y un tanto.
Distribución:	Original: Para el pensionado. Copia: Expediente de pensión.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Evite suspensión de pago certifique supervivencia antes del:	Fecha límite en que el pensionado deberá realizar la próxima comprobación de supervivencia.
2	NSS:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
3	Nombre:	Apellidos paterno y materno y nombre(s) del asegurado.
4	Grupo Familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado, así como los apellidos paterno y materno y nombre(s) del titular del grupo familiar.
5	Centro de comprobación:	Siglas y número en su caso de la unidad receptora.
6	Folio:	Número progresivo asignado por el sistema al capturar la información de la comprobación de supervivencia.
7	Fecha:	Día, mes y año de comprobación de supervivencia por el pensionado.
8	Rama:	Clave de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste que comprobaron supervivencia.
9	Tipo de pensión:	Clave y nombre de la prestación otorgada por el IMSS al pensionado.
10	Nombre y firma del pensionado o beneficiario/Titular:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del pensionado o beneficiario/titular, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas.  Apellidos paterno y materno y nombre(s) del pensionado o beneficiario/titular.
11	Nombre y firma del empleado IMSS que verificó la supervivencia:	Apellidos paterno y materno y nombre(s) y firma del responsable de la elaboración y realización de la comprobación de supervivencia y sello del servicio en la unidad receptora.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Forma AGM01

Delegación: (1)	<b>SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE MATRIMONIO</b>
Subdelegación: (2)	
Unidad de Medicina Familiar: (3)	Folio No. (4)

I. DATOS DEL ASEGURADO				
No. Seguridad Social (5)	CURP (6)	Fecha de Matrimonio (7)	AFORE (8)	
Apellido Paterno		Apellido Materno (9)	Nombre (s)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (10)				
Colonia (10)		C.P. (10)	Ciudad o Entidad (10)	Teléfono(s) (10)

II. DATOS DEL CÓNYUGE		
Apellido Paterno	Apellido Materno (11)	Nombre (s)

III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO				
Copia certificada del Acta de Matrimonio ( ) (12)	Documento con número de seguridad social ( ) (12)	Clave única de registro de población ( ) (12)	Documento de la AFORE ( ) (12)	Otros (especificar) (12)

IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA	
Copia cotejada del Acta de Matrimonio ( ) (13)	Otros (especificar) (13)

V. RESOLUCIÓN		
No. de Resolución (14)	Elaboró (16)	
Fecha Emisión (15)		
Fundamento Jurídico		
Art. 165 y 166, Ley del Seguro Social		Matricula y Firma

OBSERVACIONES
1. El trámite es gratuito y podrá ser solicitado en la ventanilla del Control de Prestaciones de cualquier unidad de medicina familiar. 2. La disposición que realice el trabajador de los recursos de su cuenta individual por esta prestación, no disminuirá semanas de cotización. 3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sirvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, si requiere información adicional comuníquese al call center del IMSS al 01-800-623-23-23. 4. Plazo de resolución: 28 días naturales.

Entregó: (17)	(18)	Recibió: (19)
Matricula, Nombre y Firma		Lugar, Fecha y Sello

Documento para uso exclusivo del IMSS

Nombre de la Forma:	Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio.	
Clave:	3300-009-018	
Objetivo:	Asentar los datos del asegurado y tramitar la ayuda para gastos de matrimonio del solicitante.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. de elección del asegurado.	
<b>En U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora</b>		
Número de Tantos:	Dos.	
Distribución:	Un tanto: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. Un tanto: Interesado.	
<b>En U.M.F. Dependiente</b>		
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.	
<b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b>		
No.	DATO	ANOTAR
1.	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
2.	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
3.	Unidad de Medicina Familiar:	Siglas y número de la U.M.F. Receptora.
4.	Folio No.:	Número consecutivo asignado a la solicitud.
<b>I. Datos del Asegurado</b>		
5.	No. de Seguridad Social:	Número asignado por el Instituto al asegurado.
6.	C.U.R.P.:	Clave única de registro de la población compuesta de 18 caracteres.
7.	Fecha de Matrimonio (DD/MM/AA):	Día, Mes, Año de celebración del matrimonio civil.
8.	AFORE:	Administradora de Fondos para el Retiro donde se encuentre registrado el asegurado al momento de solicitar la ayuda.

9.	Apellido Paterno: Apellido Materno Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado solicitante.
10.	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s):	Ubicación del domicilio del solicitante de acuerdo con los datos consignados, así como su número telefónico, de contar con él.  Nota: cuando no exista nomenclatura se anotará "domicilio conocido".
II. Datos del Cónyuge		
11.	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del (la) cónyuge.
III. Documentación presentada para llenar el formato		
12.	Copia certificada del Acta de Matrimonio: ( ) Documento con número de seguridad social: ( ) Clave única de registro de población ( ) Documento de la AFORE: ( ) Otros (especificar):	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.
IV. Documentación anexa		
13.	Copia cotejada del Acta de Matrimonio: ( ) Otros (especificar):	Una "X" para indicar los documentos que se anexan a la solicitud, de presentar otros especificarlos.
V. Resolución		
14.	No. de Resolución:	Número de autorización para pago en la Administradora de Fondos para el Retiro.
15.	Fecha de emisión:	Día, mes y año de emisión de la solicitud.
16.	Elaboró: Matrícula y firma:	Matrícula y firma del empleado responsable de la recepción de la documentación y revisión del contenido de la solicitud. El nombre aparece de manera automática en el documento.
17.	Entregó: Matrícula, nombre y firma:	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de la entrega de la solicitud y demás documentación.
18.	Lugar, fecha y sello:	Municipio o Delegación y día, mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del Servicio.
19.	Recibió: Nombre y firma:	Nombre y firma o huella digital de acuse de recibo del asegurado solicitante; día, mes y año de entrega de resultados al interesado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Forma AGF01

Delegación: (1)	<b>SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL</b>
Subdelegación: (2)	
Unidad de Medicina Familiar: (3)	Folio No. (4)

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

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

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

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

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

V. RESOLUCIÓN	
No. Cheque o Volante de pago (19)	Elaboró (21)  Matrícula y Firma
Fecha de Emisión (20)	
Fundamento Jurídico Art. 64 fracc. I y 104, Ley del Seguro Social	

OBSERVACIONES
1. El trámite es gratuito y podrá ser solicitado en la ventanilla del Control de Prestaciones de cualquier unidad de medicina familiar. 2. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, si requiere información adicional comuníquese al call center del IMSS al 01-800-623-23-23. 3. Plazo de resolución: 28 días naturales.

Entregó: (22)  Matricula, Nombre y Firma	(23)  Lugar, Fecha y Sello	Recibió: (24)  Nombre y Firma
--	----------------------------------	-------------------------------------

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

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Delegación: (1)	<b>SOLICITUD DE CELEBRACIÓN DE CONVENIO</b>
U.M.F. Tramitadora y de Control: (2)	
SERVICIOS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS	

I. DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa (3)	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)	Volúmen (8)	A la Escritura de (9)	
Suscrita (10)	No. de Notario Público (11)	Nombre del Notario Público (12)	
Lugar de Ubicación del Notario Público (13)			

II. DATOS DEL PATRÓN Y/O REPRESENTANTE LEGAL		
Apellido Paterno	Apellido Materno (14)	Nombre (s)
Cargo (15)		

III. DECLARACIONES
Bajo protesta de decir la verdad ante ese H. Instituto, respetuosamente expongo: Que vengo a solicitar se autorice a la empresa para:
<p><b>A.</b> Hacer pagos por subsidios de incapacidades derivadas de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad que sean concedidas por ese Instituto en favor de nuestros trabajadores asegurados.</p> <p><b>B.</b> Para recoger cheques y/o facturas que contengan la descripción de las incapacidades otorgadas a favor de nuestros trabajadores o de ser el caso el importe se aplicará como reembolso en el número de cuenta proporcionado por la empresa, a la cual el Instituto deberá depositar el pago de subsidios.</p> <p><b>C.</b> Para firmar y cobrar en su caso, en ese Instituto, los documentos que sean expedidos por cualquiera de los conceptos mencionados o por pago de diferencias en favor de los asegurados.</p> <p><b>D.</b> Por su parte, _____ (16) _____ se obliga a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
Esta solicitud se realiza en virtud de pagar la empresa el subsidio correspondiente a sus empleados cuando ese Instituto les expida

IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD (17)	
Original y copia para cotejo del Acta Constitutiva y Poder Notarial ( )	Relación de números de registros patronales, domicilio y total de trabajadores por cada registro ( )
Copia de última liquidación de cuotas obrero - patronales ( )	Original y copia de carta de acreditamiento de los representantes autorizados para recoger cheques y/o facturas o hacer aclaraciones del reembolso con <u>fotografía y firmas</u> ( )
Copia del oficio que acredite la personalidad de los miembros del Comité Ejecutivo Sindical ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en su caso ( )	Anuencia por escrito del sindicato representante o de los trabajadores mediante relación ( )
Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria) ( )	

Entregó: (18)	(19)	Recibió: (20)
Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal	Lugar, Fecha y Sello de la Empresa	Matrícula, Nombre, Firma y Sello

Documento para uso exclusivo del IMSS



Nombre de la Forma:	Solicitud de celebración de convenio.
Clave:	3300-009-007
Objetivo:	Registrar y controlar antecedentes de la empresa que solicita celebración de Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios.
Elaborado por:	Patrón o Representante Legal de la Empresa.
Número de Tantos:	Original y copia.
Distribución:	Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la Empresa

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1.	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
2.	U.M.F. Tramitadora y de Control:	Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control.
3.	Nombre de la empresa:	Nombre o razón social de la Empresa que solicita la celebración del convenio.
<b>I. DATOS DE LA EMPRESA</b>		
4.	Registro patronal:	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 Unico:	Número de registro patronal único, asignado a la empresa por el Instituto.
6.	Domicilio fiscal: calle y número, colonia, C.P., ciudad o entidad	Ubicación del domicilio de la empresa solicitante.
7.	No. de la escritura pública o testimonio notarial o acta constitutiva de la empresa:	No. de la Escritura pública o Testimonio notarial o Acta constitutiva de la empresa.
8.	Volumen	Número de volumen del libro en el que esté registrada el acta.
9.	A la escritura de:	Tipo de la escritura que acredita la personalidad de quien celebra el convenio.
10.	Suscrita:	Fecha de celebración de los hechos ante el C. notario público.
11.	No. de notario público:	Número de notario público que dio fe del hecho.
12.	Nombre del notario público:	Nombre completo del notario público que dio fe del hecho.
13.	Lugar de ubicación del notario público:	Ubicación del domicilio del notario público calle, número interior o exterior, colonia, C.P., ciudad o entidad.

II. DATOS DEL PATRON Y/O REPRESENTANTE LEGAL		
14	Apellido paterno, materno y nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del patrón o representante legal de la empresa.
15	Cargo:	Cargo del patrón o representante legal de la empresa.
16.	Por su parte, _____ se obliga a:	Nombre de la empresa
IV. DOCUMENTACION ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD		
17.	<p>Original y copia para cotejo del Acta Constitutiva y Poder Notarial ( )</p> <p>Copia de última liquidación de cuotas obrero - patronales ( )</p> <p>Copia del oficio que acredite la personalidad de los miembros del Comité Ejecutivo Sindical ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en su caso ( )</p> <p>Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria) ( )</p> <p>Relación de números de registros patronales, domicilio y total de trabajadores por cada registro ( )</p> <p>Original y copia de carta de acreditamiento de los representantes autorizados para recoger cheques y/o facturas o hacer aclaraciones del reembolso con fotografía y firmas ( )</p> <p>Anuencia por escrito del sindicato representante o de los trabajadores mediante relación ( )</p>	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.
18.	<p>Entregó:</p> <p>Nombre y firma del patrón o</p> <p>Representante legal de la empresa</p>	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del patrón o representante legal de la empresa.
19.	Lugar, fecha y sello:	Ciudad o entidad y día mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del servicio, en caso de contar con él.
20.	<p>Recibió:</p> <p>Matrícula, nombre, firma y sello:</p>	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de recepción de la solicitud y sello del servicio de prestaciones económicas.

La Directora de Prestaciones Económicas y Sociales, **Nabiha Mohammad Sáade Záblah.**- Rúbrica.

(R.- 351043)