

DOF: 22/04/2024

ACUERDO número ACDO.AS2.HCT.260623/161.P.DPES y sus anexos, dictado por el H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria del día 26 de junio de 2023, relativo a la aprobación de las Reglas Generales, lineamientos, así como datos, documentos y formatos específicos que se deben proporcionar o adjuntar para llevar a cabo diversos trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBIERNO DE MÉXICO.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría del Honorable Consejo Técnico.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 26 de junio del presente año, dictó el Acuerdo **ACDO.AS2.HCT.260623/161.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; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracciones IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, por conducto de la persona Titular de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, mediante oficio número 374 de fecha 19 de junio de 2023, así como del dictamen del Comité del mismo nombre, del propio Órgano de Gobierno, emitido en reunión celebrada el día 16 del mismo mes y año, **Acuerda: Primero.-** Dejar sin efectos el Acuerdo número ACDO.AS2.HCT.281020/286.P.DPES y sus Anexos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de diciembre de 2020, relativo a la aprobación de los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar para efectuar los trámites de prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, referidos en los Anexos A y B. **Segundo.-** Aprobar los Anexos A y B del presente Acuerdo, que contienen las Reglas Generales, lineamientos, así como datos, documentos y formatos específicos que se deben proporcionar o adjuntar para llevar a cabo diversos trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, tales como: **A)** Solicitud de Pensión de Incapacidad Permanente; **B)** Solicitud de Pensión de Invalidez; **C)** Solicitud de Pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez; **D)** Solicitud de Pensión de Retiro; **E)** Solicitud de Pensión de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez a través de transferencia de derechos IMSS-ISSSTE; **F)** Solicitud de Pensión de Viudez; **G)** Solicitud de Pensión de Orfandad, **G.1)** Modalidades: **G.1.1)** Hijo menor y hasta 16 años, **G.1.2)** Hijo mayor de 16 y hasta 25 años estudiante y **G.1.3)** Hijo mayor de 16 años incapacitado; **H)** Solicitud de Pensión de Ascendientes; **I)** Solicitud de modificación de pensión por finiquito por contraer nuevas nupcias; **J)** Solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago de la misma y por cambio de cuenta bancaria; **K)** Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión, **K.1)** Modalidades: **K.1.1)** Trámite realizado por el pensionado y **K.1.2)** Trámite realizado por terceros en caso de fallecimiento del pensionado; **L)** Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973; **M)** Solicitud de ayuda para gastos de matrimonio; **N)** Solicitud de ayuda para gastos de funeral; **Ñ)** Solicitud de registro de pago de subsidios, **Ñ.1)** Modalidades: **Ñ.1.1)** En cuenta bancaria, en Línea: Registro, Modificación y Baja, **Ñ.1.2)** En cuenta bancaria, en Ventanilla: Registro, Modificación y Baja, y **Ñ.1.3)** Celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, y **O)** Solicitud de Pago de licencia por cuidados médicos de hijos de hasta 16 años, aplicación del artículo 140 Bis de la Ley del Seguro Social, **O.1)** Modalidades: **O.1.1)** En cuenta bancaria, en Línea: Registro y Modificación y **O.1.2)** En cuenta bancaria, en Ventanilla: Registro y Modificación; así como los plazos máximos de resolución del trámite y la vigencia de los mismos. **Tercero.-** Instruir a la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales para que, de manera directa o por conducto de sus unidades administrativas competentes, dicte las circulares que considere convenientes para la debida aplicación, por parte de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, de las disposiciones contenidas en el presente Acuerdo y resuelvan las dudas o aclaraciones que con ese motivo se presenten. **Cuarto.-** Instruir a la persona titular de la Dirección Jurídica para que realice los trámites necesarios ante las instancias competentes, para la publicación de este Acuerdo y sus Anexos en el Diario Oficial de la Federación. **Quinto.-** El presente Acuerdo entrará en vigor el día hábil siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.-** En tanto inicie la vigencia del presente Acuerdo, continuará vigente el diverso ACDO.AS2.HCT.281020/286.P.DPES y sus Anexos, aprobado por este Órgano de Gobierno en sesión ordinaria de 28 de octubre de 2020, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de diciembre del mismo año".

Atentamente,

Ciudad de México, 26 de junio de 2023.- Secretario General, Lic. **Marcos Bucio Mújica**.- Rúbrica.

ANEXO "A"

Anexo por el que se establecen, los datos y documentos, que se deben proporcionar o presentar para la gestión de los trámites en materia de prestaciones en dinero que prevé la Ley del Seguro Social, ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los plazos máximos de resolución del trámite y la vigencia de los mismos.

CAPITULO I REGLAS GENERALES

1. Todos los documentos que presenten las personas solicitantes deben ser legibles, ser consistentes entre sí, no contener tachaduras ni enmendaduras y estar vigentes en los términos que se establezca para el trámite del que se trate.
2. Tratándose de documentos públicos expedidos en el extranjero, deberán contener la apostilla o legalización, según corresponda.
 - 2.1. Si el país que emite el documento está adherido a la Convención de la Haya del 5 de octubre de 1961, relativo a la Supresión de la Exigencia de Legalización de los Documentos Públicos Extranjeros, se requerirá de la apostilla, la cual constará sobre el propio documento o sobre una prolongación del mismo, en el formato establecido para ello.

- 2.2. En el supuesto de que el país emisor del documento no esté adherido a la referida Convención, se requerirá de la legalización del documento efectuada por la Representación Consular mexicana ubicada en el país en donde se expidió el documento, a través de la cual se certifica que la firma o sello (de un funcionario u oficina gubernamental o notarial) que se localiza dentro de su circunscripción, coincide con la firma o sello registrados en sus archivos.
3. Si el documento está redactado en idioma diferente al español se deberá acompañar la traducción al español realizada por perito autorizado por el Tribunal Superior de Justicia de cualquier Entidad Federativa del territorio nacional o por perito autorizado por el país de que se trate.
4. Si la persona solicitante se encuentra impedido físicamente para firmar o estampar su huella digital en la solicitud del trámite, podrá designar a una persona para que firme a su ruego. Invariablemente, también se requerirá identificación oficial de la persona que firma a ruego en términos de la Regla General número 32 del presente Acuerdo, la cual deberá gozar de capacidad de ejercicio.
5. La persona interesada deberá manifestar al momento de realizar su trámite de solicitud de pensión, si disfruta o no, de alguna otra pensión concedida por el Instituto al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social o al amparo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Asimismo, el interesado deberá señalar si se dispuso de los recursos de la cuenta individual, derivado de una resolución de Negativa de Pensión, en el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad avanzada o Vejez.

En solicitudes de pensión de viudez y ascendientes, los Servicios de Prestaciones Económicas deberán verificar en los sistemas de pensiones, el registro de personas beneficiarias asociadas, asimismo, deberán consultar en los sistemas de registro de beneficiarios que administra el Departamento de Afiliación Vigencia para conocer los datos de las personas asociadas al asegurado o pensionado fallecido.

6. Los documentos originales que se enuncian en el CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIÓN II "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA QUE PERMANECERÁ EN EL EXPEDIENTE", se conservarán en poder del Instituto.
7. Los trámites podrán realizarse a través de apoderado, en términos de lo establecido en el Presente Acuerdo y, en su caso, el Capítulo II, Fracción II del presente, considerando la personalidad jurídica con que se ostenta y con las siguientes precisiones:
 - a. Identificación oficial con fotografía y firma vigente, en términos de la Regla General número 32 del presente Acuerdo y acorde a lo indicado en el CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIÓN I "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA, ACOMPAÑADO DE COPIA SIMPLE PARA COTEJO", numeral 1 del presente.
 - b. Documento que acredite la personalidad con la que se ostente, de los señalados en el CAPÍTULO II LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES, FRACCIÓN II "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA QUE PERMANECERÁ EN EL EXPEDIENTE", numeral 22 del presente.
 - c. Los pagos por acreditamiento en cuenta en materia de pensiones que hayan sido tramitados por apoderado deberán expedirse a la cuenta bancaria a nombre de la persona asegurada o pensionada titular del derecho que se registre para tal efecto ante el Instituto. Esto, en términos de la Regla General número 14.

Para todos los trámites de pensión que se lleven a cabo a través de apoderado o representante legal, invariablemente y sin excepción alguna, el titular de la cuenta deberá ser la persona que tiene derecho a la pensión, la cual se depositará a dicha cuenta; por ningún motivo, en los trámites de este tipo se depositará en una cuenta a nombre de otra persona, aún con poder para actos de dominio, salvo el caso de menores de edad y la tutela.

8. La persona solicitante deberá presentar los documentos y proporcionar los datos que se establecen en el CAPÍTULO III "TRÁMITES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE PRESTACIONES EN DINERO" del presente Acuerdo, los cuales sirven para determinar el derecho al otorgamiento de la prestación económica; así como suscribir con su firma autógrafa o en su caso huella digital, los formatos correspondientes.

La firma autógrafa o huella digital es la manifestación de la voluntad del solicitante, asimismo hace constar que la información y documentación proporcionada a este Instituto, es veraz y jurídicamente válida; si las áreas de prestaciones económicas detectan o tienen conocimiento de actos que pudiesen ser considerados como ilícitos y que influyan en el otorgamiento de las prestaciones económicas, darán vista a los Servicios Jurídicos para los efectos legales correspondientes;

conforme a lo previsto en el artículo 314 de la Ley del Seguro Social vigente, que a la letra dispone:

"Artículo 314. Se reputará como fraude y se sancionará como tal, en los términos del Código Penal Federal, el obtener, así como el propiciar su obtención, de los seguros, prestaciones y servicios que esta Ley establece, sin tener el carácter de derechohabiente, mediante cualquier engaño o aprovechamiento de error, ya sea en virtud de simulación, sustitución de personas o cualquier otro acto."

Todos los trámites que prevé el presente Acuerdo son gratuitos.

9. Los documentos originales que se solicitan en cada trámite se devolverán al solicitante, una vez que se haya cotejado con la copia simple que al efecto éste proporcione; salvo los señalados en el CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIÓN II "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA QUE PERMANECERÁ EN EL EXPEDIENTE".

La persona solicitante deberá manifestar el dato de Número de Seguridad Social (NSS), y Clave Única de Registro de Población (CURP) al momento de suscribir algún trámite de los regulados en el presente Acuerdo. El personal de

Prestaciones Económicas en el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) correspondiente, será el encargado de validar dichos datos a fin de proceder con el trámite de que se trate.

10. En el supuesto de detectarse algún error u otra inconsistencia en los documentos presentados, se deberá prevenir a la persona interesada para que sean subsanadas.
11. En los casos de presentarse alguno de los siguientes supuestos: homonimias; duplicidad del Número de Seguridad Social; la existencia de un procedimiento administrativo vinculado con la comprobación de la relación laboral; existencia de más de una cuenta individual; error en la cuenta individual; procedimiento administrativo, judicial o carpeta de investigación interpuesta ante el Ministerio Público por el asegurado, sus beneficiarios o el Instituto, que se encuentre pendiente de ejecución y que se refiera a la prestación que solicita a través de un trámite; así como otros que puedan afectar el sentido de la resolución del trámite. En estos supuestos, el Instituto notificará por escrito al interesado dicha circunstancia, y le comunicará sobre los procedimientos a seguir tendentes a la solución de la problemática, no obstante, en ningún caso procederá el otorgamiento de la prestación económica si se presentasen los supuestos antes descritos, salvo que se trate del cumplimiento de un Acuerdo del Consejo Consultivo en OOAD o del H. Consejo Técnico, así como a una resolución administrativa o judicial, solicitado por los Servicios Jurídicos del OOAD de forma fundada y motivada.

Las inconsistencias, diferencias o errores en el nombre, vínculo filial o estado civil de los asegurados, pensionados o beneficiarios, asentadas en los documentos oficiales que presentan adjuntos a su solicitud, serán motivo de prevención. En este sentido, la persona solicitante deberá agotar los procedimientos administrativos o judiciales que correspondan ante las autoridades emisoras de los documentos que permitan la aclaración, rectificación, modificación o la figura que proceda respecto del nombre o vínculo filial.

Cuando existan inconsistencias en el nombre que se asiente en los documentos que acrediten la personalidad, por el derecho común, o por usos y costumbres, se podrá solicitar por conducto de las áreas de Prestaciones Económicas en los OOAD del Instituto, que se consulte a la Coordinación de Prestaciones Económicas por conducto de la División Normativa de Prestaciones Económicas.

Si de la información proporcionada se infiere la existencia de más de una CURP expedida a la persona interesada, se orientará a éste para que acuda al Registro Nacional de Población y una vez aclarado, acuda ante los Servicios de Afiliación Vigencia a fin de realizar la actualización correspondiente.

12. Es obligación de las personas pensionadas y sus asignatarios comprobar supervivencia, independientemente del régimen al que corresponda su pensión, ya sea el de la Ley del Seguro Social vigente o bien LSS 73.

Las personas pensionadas cuyo pago lo realiza el Instituto, incluyendo en su caso a sus personas asignatarias, deberán mantener actualizada su información personal ante éste, la cual deberá coincidir con su identificación personal, su CURP y base de datos del Registro Nacional de Población; así como su RFC ante el Servicio de Administración Tributaria acorde a su CURP y código postal de su domicilio fiscal.

- 12.a. Para aquellas personas pensionadas que tengan que llevar a cabo la comprobación de supervivencia de forma presencial, por no tener su información personal actualizada o radicar en el extranjero, se atenderá a lo siguiente:

- 12.a.1 Para las personas pensionadas y asignatarias al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997, que residan en el extranjero, la comprobación de supervivencia se realizará cada seis meses a través de las oficinas consulares mexicanas. Al realizar la comprobación de supervivencia se entregará un comprobante, a través del cual se comunicará la fecha máxima en que se deberá realizar la siguiente comprobación de supervivencia. De la misma manera, los pensionados y asignatarios residentes en el extranjero, con aplicación de convenio internacional suscrito entre México y el país donde trasladen su domicilio, comprobarán supervivencia cada seis meses.

- 12.a.2 Para las pensiones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, pagadas a través de compañías aseguradoras o Administradoras de Fondo para el Retiro (AFORE), la comprobación de supervivencia se realizará en los términos que establezcan los contratos que los pensionados suscriban con éstas.

- 12.a.3 Las personas pensionadas y asignatarios deberán presentar el documento identificado en el CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIÓN I "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA, ACOMPAÑADO DE COPIA SIMPLE PARA COTEJO", numeral 1; y proporcionar el dato del Número de Seguridad Social por el cual se otorgó la prestación, si la comprobación de supervivencia es presencial.

- 12.b Si la comprobación de supervivencia no es presencial se deberá presentar:

- 12.b.1 En caso de radicar en la República Mexicana:

- 12.b.1.1 Nota médica o constancia expedida por los servicios médicos institucionales, que acredite el internamiento en hospitales del Instituto con antigüedad de expedición hasta de 48 horas previas a la fecha en que se realice la comprobación de supervivencia.

- 12.b.1.2 Constancia de internamiento en Centros de Readaptación Social, con antigüedad de expedición hasta de 30 días naturales previas a la fecha en que se realice la comprobación de supervivencia.

- 12.b.1.3 Nota médica elaborada en visita domiciliaria por los servicios médicos institucionales que acredite el internamiento del pensionado en otros hospitales públicos o privados, o bien,

acredite que el pensionado por su condición de salud no puede acudir a comprobar supervivencia (con antigüedad de expedición de hasta 48 horas previas a la fecha en que se realice la comprobación de supervivencia).

12.b.2 En caso de radicar en el extranjero:

12.b.2.1 Para pensiones pagadas por Aseguradora o AFORE: se aplicará lo indicado en la Regla General número 12.a.2.

Adicional a la obligación de los pensionados o sus asignatarios de comprobar supervivencia y de mantener actualizada su información, también lo es, la obligación de asistir de forma personal ante los Servicios de Prestaciones Económicas para realizar cualquier aclaración concerniente a la prestación económica que perciben. Para tales efectos, el Instituto Mexicano del Seguro Social, en su caso solicitará a las personas pensionadas o asignatarias, acudan ante los Servicios de Prestaciones Económicas Subdelegacionales. Para tal efecto se citará a la persona pensionada o asignataria en determinada fecha y hora. En caso de no acudir se tendrá por no comprobada la supervivencia.

En caso de situación sanitaria de emergencia o fenómeno natural declarada por las autoridades competentes, que ponga en riesgo la salud de los pensionados y sus asignatarios, se estará a lo que para tal efecto dicte el H. Consejo Técnico.

- 13.** Las personas aseguradas y pensionadas deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios, a efecto de identificar a las personas que tendrán derecho a recibir las prestaciones en especie y en dinero que la Ley del Seguro Social les otorga.

El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá citar a las personas pensionadas y asignatarias para actualizar las bases de datos de prestaciones económicas. En caso de no acudir se tendrá de igual manera, por no comprobada la supervivencia y el Instituto podrá suspender la pensión hasta en tanto no comparezca la persona pensionada o asignataria.

- 14.** El pago de las prestaciones económicas se realizará únicamente por acreditamiento en cuenta bancaria, salvo aquellos trámites que expresamente indiquen otra forma de pago en el presente Acuerdo que, por su naturaleza, no sea factible realizar el pago a través de dicha modalidad, los cuales se harán por pago en ventanilla bancaria, lo que se deberá validar con la Coordinación normativa, por conducto de sus Divisiones.

Para los pagos mediante acreditamiento en cuenta, se requiere que el solicitante, proporcione la información y documentación relativa a la cuenta bancaria y Clave Bancaria Estandarizada (CLABE); claves bancarias internacionales que cada país requiera, a nombre del titular del derecho, en la que se realizarán los depósitos correspondientes, aperturada en Instituciones de Banca Múltiple o de Banca de Desarrollo, conforme al Catálogo del Sistema Financiero emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Para todos los pagos de prestaciones económicas mediante acreditamiento en cuenta bancaria, es importante que el interesado sea titular y proporcione la información de una cuenta bancaria Nivel 4 (clasificación establecida por las instituciones bancarias, que especifica que para la contratación de la cuenta se requiere acudir a una sucursal bancaria y proporcionar identificación, comprobante de domicilio, entre otros; así como completar y firmar el formulario correspondiente). Ya que, de no ser así, los montos de pago, pudieran no ser aceptados por el sistema de pagos interbancarios; y se deberá cambiar la cuenta bancaria, para estar en posibilidad de efectuar el depósito.

Dicha cuenta podrá ser validada por el Instituto para acreditar que los datos proporcionados son coincidentes respecto del titular de la prestación económica, por lo que en el caso de que no sean coincidentes o exista un error, no se efectuará el pago de la prestación hasta en tanto se subsane dicha situación.

- 15.** Si la persona pensionada llega a cambiar su domicilio dentro de la República Mexicana o al extranjero, deberá realizar el trámite de SOLICITUD DE REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOHABIENTES ante los Servicios de Afiliación Vigencia, a efecto de determinar la circunscripción institucional que corresponda para el otorgamiento de las prestaciones, con dicho comprobante, descrito en el CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIÓN II "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA QUE PERMANECERÁ EN EL EXPEDIENTE" numeral 19, se presentará en la ventanilla de Prestaciones Económicas y en caso de ser un pensionado bajo el régimen de la Ley del Seguro Social vigente, si las pensiones son pagadas a través de compañías aseguradoras o Administradoras de fondos para el retiro (AFORE), la Subdelegación dará aviso a la compañía aseguradora o Administradoras de Fondo para el Retiro (AFORE) que corresponda.

Si la persona pensionada cambia su cuenta bancaria para el pago de su pensión, deberá realizar el trámite de "SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO O EN EL MONTO DEL PAGO DE LA MISMA Y POR CAMBIO DE CUENTA BANCARIA".

Si la persona pensionada traslada su domicilio al extranjero, podrá continuar recibiendo el pago de su pensión en la institución bancaria en México que determine para tal efecto, asumiendo éste, los gastos administrativos con motivo de las operaciones bancarias o solicitar el finiquito de su pensión por radicar en el extranjero, en caso de así convenir a sus intereses, esta opción solo aplica para las pensiones otorgadas bajo el régimen de la LSS 73.

Cuando la persona pensionada traslade su domicilio al extranjero y decida que el pago de su pensión se realice a través de una institución bancaria extranjera ubicada en el país de su residencia, podrá solicitar que el Instituto realice el depósito correspondiente, cuyos gastos administrativos de traslado de los fondos correrán por cuenta del pensionado. En este caso, el pensionado deberá informar al Instituto el número de cuenta (CLABE) o su equivalente, código internacional, localidad, sucursal e Institución de Crédito con la que apertura la nueva cuenta a su nombre para recibir el pago de la pensión, de acuerdo con la disponibilidad del servicio que para dichas transferencias determine el Instituto.

Adicionalmente, deberá presentar al Instituto, el documento señalado en el CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIÓN II "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA QUE PERMANECERÁ EN EL EXPEDIENTE" numerales 20 o 21, según corresponda. Asimismo, la persona pensionada o su representante legal

deberá realizar su solicitud en el Departamento de Pensiones Subdelegacional que controla la pensión, el cambio de domicilio a la Subdelegación Guerrero del OOAD Norte del Distrito Federal (CDMX), siendo el área concentradora, hasta en tanto se amplíe a otras Subdelegaciones su control.

La persona pensionada podrá solicitar la aplicación del convenio internacional de seguridad social en materia de pensiones, en caso de existir, suscrito entre México y el país donde traslade su domicilio, para recibir el pago de la prestación en los términos señalados en dicho convenio.

- 16.** El Instituto requiere diversos datos personales de los solicitantes, a fin de allegarse de los elementos necesarios para determinar sobre la procedencia de otorgar la prestación económica solicitada. Estos datos personales no serán difundidos, distribuidos o comercializados y serán protegidos conforme al artículo 22 de la Ley del Seguro Social vigente y de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así como la demás normatividad aplicable a la materia, por lo cual, el Instituto Mexicano del Seguro Social se compromete a tratar dicha información invariablemente, de conformidad con los principios de licitud, finalidad, lealtad, consentimiento, calidad, proporcionalidad, información y responsabilidad en el tratamiento de datos personales, garantizando las medidas de seguridad de carácter administrativo, físico y técnico para la protección de los datos personales, así como su confidencialidad, integridad y disponibilidad.

En todo momento el titular de los datos personales o su representante legal, podrán solicitar a este Instituto el acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los datos personales: Derechos ARCO que le conciernen, en la manera y términos que para tal efecto la ley respectiva señale.

- 17.** Los trámites señalados en el CAPÍTULO III incisos A a L del presente Acuerdo, podrán tramitarse en la Unidad de Medicina Familiar o en la Subdelegación de adscripción que corresponda dentro del horario de 8:00 a 15:00 horas, o en el horario ampliado que determine el OOAD.

Los trámites señalados en el CAPÍTULO III incisos M a O del presente Acuerdo, se deben realizar en la Unidad de Medicina Familiar de adscripción dentro del horario de 8:00 a 15:00 horas; únicamente para la circunscripción de la Ciudad de México y Estado de México, se podrán realizar en las Subdelegaciones correspondientes.

Los trámites en línea identificados en el CAPÍTULO III incisos N y O, se podrá realizar las 24 horas de los 365 días del año.

- 18.** En relación con los trámites de: A) SOLICITUD DE PENSIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE; B) SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ; C) SOLICITUD DE PENSIÓN DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ; y E) SOLICITUD DE PENSIÓN DE RETIRO, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA DE DERECHOS IMSS-ISSSTE, el Instituto a través de su portal de internet www.imss.gob.mx/pensiones ofrece un servicio digital denominado "Mi Pensión Digital" para que el asegurado, previo a la presentación de su trámite de solicitud de pensión, conozca:

- a. Sus datos personales y los de sus beneficiarios asociados y registrados ante el Instituto.
- b. Sus datos afiliatorios (semanas cotizadas reconocidas, salario base de cotización, importe susceptible de retiro de los recursos de la cuenta individual).
- c. El cálculo estimativo de su pensión para cada uno de los regímenes al amparo de la Ley del Seguro Social vigente y en términos de sus artículos Tercero, Undécimo y Cuarto Transitorios, al amparo de la LSS 73, a efecto de que pueda contar con la información necesaria para elegir el régimen de pensión.

Con base en esta información que se alojará en el aplicativo "Mi Pensión Digital", el asegurado podrá iniciar su trámite de solicitud de pensión de manera remota o presencial en las ventanillas de los Servicios de Prestaciones Económicas.

Los trámites de: A) Solicitud de pensión de incapacidad permanente; B) Solicitud de pensión de invalidez; C) Solicitud de pensión de cesantía en edad avanzada o vejez; y E) Solicitud de pensión de retiro, cesantía en edad avanzada o vejez a través de transferencia de derechos IMSS-ISSSTE, se realizarán a través de los formatos específicos que emita el aplicativo "Mi Pensión Digital", mismos que al momento de su emisión, su autenticidad estará validada a través de la "Cadena Original" y "Sello Digital".

- 19.** El derecho de los asegurados o sus beneficiarios para reclamar el pago de las prestaciones económicas previstas en el presente Acuerdo, se regirá por lo señalado en los artículos 300 y 302 de la Ley del Seguro Social, en correlación con la Regla General número 31 del presente Acuerdo; así como Acuerdos que el H. Consejo Técnico emita al respecto.

- 20.** Para el pago de cualquier prestación económica a personas extranjeras, deberán presentar cualquiera de los documentos siguientes:

- a. Visa de visitante con permiso para realizar actividades remuneradas;
- b. Visa de residencia temporal;
- c. Visa de residencia permanente;
- d. Constancia de condición de visitante trabajador fronterizo.

- 21.** El plazo para la resolución del trámite de toda prestación económica se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud. Se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros adicionales de distancia.

Para los trámites de pensión, el Instituto, cuando la solicitud no contenga los datos solicitados o no cumpla con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social vigente o LSS 73 o bien, las documentales que entregue el solicitante, no encuadren con las especificaciones establecidas en el presente Acuerdo, prevendrá por escrito a la persona solicitante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, para que subsane la omisión dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya notificado el oficio de prevención. En este caso, el plazo de resolución del trámite se suspenderá y se reanudará a partir del día hábil siguiente a aquel en que la persona solicitante presente los documentos o proporcione la información solicitada.

Si la persona interesada presenta los documentos o proporciona la información solicitada posterior a los cinco días hábiles indicados, su solicitud será desechada; sin embargo, a petición de este, se podrá iniciar el trámite en ese mismo momento con la firma de una nueva solicitud, por lo que el plazo para la resolución del trámite comenzará a correr nuevamente.

Para el pago de subsidios establecidos en la Ley del Seguro Social Vigente, el plazo para efectuar el pago será computado a partir de la entrega de todos los documentos regulados en el presente Acuerdo, incluyendo la cuenta CLABE interbancaria, sin lo cual, no será posible acreditar el pago, acorde a lo señalado en la Regla General número 14 del presente Acuerdo.

- 22.** La persona pensionada recibirá una ayuda económica denominada asignación familiar por concepto de carga familiar y/o una ayuda asistencial, de conformidad a los artículos 138 y 140 de la Ley del Seguro Social vigente (LSS 97); o en su caso, a los correlativos artículos 164 y 166 de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997 (LSS 73).

Tratándose de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Retiro; y la Solicitud de Pensión de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez a través de Transferencia de Derechos IMSS-ISSSTE; la persona solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de la asignación familiar que corresponda, sin distinción de sexo y estado civil, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial.

Para solicitudes de la Ley del Seguro Social vigente, en lo que hace a las pensiones derivadas del Seguro de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, al momento de presentar la solicitud de otorgamiento de la prestación en dinero deberá realizarse la declaración de la totalidad de personas beneficiarias por parte de la persona pensionada para que se efectúe la contratación del seguro de sobrevivencia respectivo, en caso contrario no se podrá realizar la contratación de éste de forma posterior.

Si la persona solicitante requiere el otorgamiento de una asignación familiar, deberá proporcionar los documentos del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIÓN I "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA, ACOMPAÑADO DE COPIA SIMPLE PARA COTEJO" de los numerales 1 y 2; FRACCIÓN II "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA QUE PERMANECERÁ EN EL EXPEDIENTE" numeral 10, de su beneficiario; así como el dato de la CURP, adicionalmente se solicitarán los siguientes documentos, según corresponda:

Por tipo de beneficiario. Se solicitan los documentos del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIÓN II "EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA QUE PERMANECERÁ EN EL EXPEDIENTE":

- a. Esposa(o): 11.
 - b. Concubina(rio): 16, en términos de la Regla General número 28 del presente Acuerdo.
 - c. Hijo menor y hasta 16 años: no se presentará documento adicional.
 - d. Hijo de 16 años y hasta 25 años Estudiante: 18.
 - e. Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 26.
 - f. Ascendiente: 15.
- 23.** Para que la persona pensionada y sus beneficiarios puedan gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, posterior a la obtención de la resolución por la que se otorga la pensión, se deberá realizar el trámite: "Alta en Clínica o UMF", en cualquiera de sus modalidades:
- a. Esposa(o).
 - b. Concubina(rio) en términos de la Regla General número 28 del presente Acuerdo.
 - c. Padre o Madre.
 - d. Hija(o); M. Asegurada(o).
 - e. Pensionada(o).
- 24.** Las personas aseguradas que no cuenten con la Firma Electrónica Avanzada, podrán ingresar al aplicativo que el IMSS pone a disposición para solicitar que el pago de la licencia por cuidados médicos a que tenga derecho a recibir se realice a través de la transferencia electrónica en su cuenta bancaria, en términos de la Regla General número 14, en el aplicativo que el IMSS pone a disposición dentro de la app IMSS digital, el sitio web oficial o cualquier canal digital con carácter oficial para realizar el registro de su cuenta CLABE Interbancaria, con su CURP para compilar su solicitud, la cual deberán formalizar personalmente en las ventanillas de prestaciones económicas de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción.

La solicitud del trámite también podrá realizarse en su totalidad de forma presencial, en las ventanillas de prestaciones económicas en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (Unidad Tramitadora y de Control) que le corresponda, en días hábiles dentro del horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

En cualquier momento la persona asegurada podrá modificar su cuenta bancaria y la cuenta CLABE Interbancaria asociada para pago de licencia por cuidados médicos.

25. Cuando las actas del Registro Civil puedan ser validadas de forma electrónica, se llevará a cabo invariablemente dicha validación, de la cual se dejará constancia en el expediente respectivo. En caso de ser necesario, se validará la información por oficio ante el Director General del Registro Civil que corresponda y los plazos establecidos en el presente Acuerdo, serán suspendidos hasta obtener respuesta correspondiente, tal situación se informará al solicitante por oficio.

26. La notificación de la Resolución de Otorgamiento de Pensión o de Negativa de Pensión, deberá efectuarse dentro del plazo máximo de diez días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la emisión de dicha resolución, la cual se hará de forma personal al interesado.

La falta de notificación de la resolución impedirá que se realice el pago de la pensión solicitada de conformidad con la normatividad aplicable.

27. Con el inicio de la vigencia del "DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2020, se deroga en parte por lo que se refiere a los incisos a), b) c) y e), la aplicación del artículo Décimo Cuarto Transitorio del "DECRETO por el que se reforman diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, publicado en el mismo órgano de difusión oficial el 20 de diciembre 2001, reformado por el DECRETO por el que se reforman y adicionan los artículos décimo cuarto y vigésimo cuarto transitorios del Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social del 20 de diciembre de 2001", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 2004, únicamente respecto de las pensiones en favor de los asegurados y, en consecuencia, para sus beneficiarios (principales y accesorias) del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, de la Ley del Seguro Social vigente.

El referido artículo Décimo Cuarto Transitorio, permanece vigente en los beneficios que prevé para el resto de las pensiones que en el mismo se establecen.

28. Para que las parejas acrediten su relación de concubinato, y para efecto de acceder a las prestaciones económicas previstas en la Ley del Seguro Social deberán exhibir:

a. La resolución ejecutoriada emitida por autoridad judicial, en la que se acredite la relación de concubinato durante los cinco años que precedieron a la muerte de la persona asegurada o pensionada o de la fecha de solicitud para el caso de asignaciones familiares; Dicha resolución deberá contener dentro de sus resolutivos o considerandos, de forma expresa, la acreditación de la temporalidad de cuando menos cinco años, para lo cual, el solicitante de la prestación económica, al momento de realizar ante el juzgado la solicitud de jurisdicción voluntaria, le hará saber de la necesidad, de que en la resolución que emita queden de manifiesto los años que duró el concubinato o la fecha de inicio y término; o bien,

b. Actas de nacimiento de hijos en común que nacieron dentro de los 5 años que precedieron al fallecimiento de la persona asegurada o pensionada; o de la fecha de solicitud para el caso de asignaciones familiares; o

c. Actas de adopción de hijos en común que hayan sido adoptados dentro de los 5 años que precedieron al fallecimiento de la persona asegurada o pensionada; o de la fecha de solicitud para el caso de asignaciones familiares.

29. Para garantizar el acceso de las personas aseguradas al pago de un subsidio de manera segura y rápida sin tener que trasladarse de la Unidad de Medicina Familiar a una sucursal bancaria, todos los pagos de subsidios, invariablemente se efectuarán a través de acreditamiento en la cuenta bancaria del asegurado, en cualquier banco donde tenga abierta una cuenta.

30. Por seguridad económica y certidumbre de los asegurados, solo podrán solicitar y recibir el pago de los subsidios a los que tengan derecho, mediante el pago en ventanilla bancaria en los límites inferiores siguientes:

Tipo de incapacidad	Umbral mínimo para acreditamiento en cuenta (días de salario mínimo general vigente en la CDMX)
Maternidad	174
Riesgos de trabajo	39
Enfermedad general	24

Para todos los pagos de subsidios mediante acreditamiento en cuenta, la cuenta del titular del derecho deberá ser de Nivel 4, en términos de la Regla General número 14 del presente Acuerdo.

31. Para el caso de las pensiones del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social vigente (LSS 1997), la fecha de inicio de pensión será la fecha de solicitud de pensión. Esto, considerando que la LSS 1997 establece en sus artículos 156 y 163 que el derecho al goce de la pensión inicia cuando el asegurado haya cumplido con los requisitos establecidos en la Ley del Seguro Social y normatividad en materia de pensiones, siempre que medie la solicitud de otorgamiento, siendo a partir de la fecha de presentación de esta solicitud

que podrá hacerse exigible el pago retroactivo, el cual sólo abarcará el periodo comprendido desde esa fecha de solicitud de pensión hasta la fecha del primer pago de la misma.

- 32.** Para todos los trámites de prestaciones económicas realizados por personas mexicanas mayores de edad, únicamente se podrá presentar como identificación la Credencial para votar, expedida por el Instituto Nacional Electoral o por Instituto Federal Electoral, hasta en tanto concluya su vigencia, en el supuesto de acreditar robo o extravío de la misma, deberá dejar para constancia del documento donde conste el robo o extravío, el cual obrará en el expediente y podrá presentar para iniciar el trámite una de las siguientes identificaciones:

- Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Cartilla del Servicio Militar Nacional emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional, con resello (en su caso).
- Documento con fotografía y firma, expedido por la Alcaldía de la Ciudad de México o Municipio en donde reside el interesado, a través del cual se haga constar la identidad del mismo.
- Credencial ADIMSS.
- Carta de Naturalización.

- 33.** Si derivado del análisis de datos y/o documentos que obren en los expedientes pensionarios, supervisiones o investigaciones realizadas en los OOAD o áreas normativas de nivel central del Instituto Mexicano del Seguro Social, se desprende que el otorgamiento de las prestaciones económicas no cumplió con los requisitos señalados en la Ley del Seguro Social; las áreas de prestaciones económicas en los OOAD, en su caso, podrán citar a la persona pensionada o sus asignatarios, con aviso de detener el pago hasta en tanto no comparezca.

Si acude la persona pensionada, se notificará la situación presentada, pudiendo reactivar la pensión una vez que se discierna el motivo del hallazgo y se determine que no existió conflicto con la normatividad y/o llevando a cabo, en su caso, la recuperación correspondiente.

Si del análisis realizado por las Áreas Institucionales competentes señaladas en el párrafo que antecede, se desprende que la prestación económica pudo haber sido otorgada derivada de un acto que probablemente la Ley señale como delito, las áreas de prestaciones económicas en los OOAD detendrán el pago correspondiente y citarán a la persona para que aclare dicha situación, asimismo darán vista a los Servicios Jurídicos para los efectos legales correspondientes.

Si no se aclaran dichas situaciones, se le informará la resolución mediante oficio o nueva resolución debidamente fundada y motivada por parte de los servicios de prestaciones económicas en los OOAD, que modifique o niegue la prestación económica, dejando a salvo sus derechos en términos de los artículos 294 o 295 de la Ley del Seguro Social.

- 34.** Todos los documentos que obren dentro del expediente, abierto con motivo de la prestación económica otorgada deberán contener la constancia del nombre de la persona servidora pública, firma, matrícula y fecha en que llevó a cabo el cotejo, así como la recepción del documento.
- 35.** En el supuesto de que para el otorgamiento de una prestación económica intervenga alguna otra área del Instituto Mexicano del Seguro Social, o bien algún otro participante de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y no brinde la información o atención necesaria para el otorgamiento de la prestación dentro de los plazos señalados en el presente Anexo, el plazo se interrumpirá hasta que se proporcione la información, haciendo del conocimiento esta situación a la persona solicitante.
- 36.** En el trámite de las pensiones de orfandad para hijos menores de edad, donde no exista quien ostente la patria potestad el representante del menor deberá presentar la resolución judicial ejecutoriada o Acta de Tutela que le otorgue la Tutela definitiva del menor de edad, invariablemente.

En casos en los que no se pueda otorgar la tutela o exista impedimento a presentarse a quien tenga la patria potestad, las prestaciones económicas que correspondan a menores de edad podrán ser solicitadas por quien ostente la Guarda y Custodia definitiva, para tal efecto, se deberá consultar a la Coordinación de Prestaciones Económicas por conducto de la División Normativa, dichas situaciones para determinar lo conducente, observando el interés superior del menor.

CAPÍTULO II

LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES

Fracción I

EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA, ACOMPAÑADOS DE COPIA SIMPLE PARA COTEJO

- 1.** Identificación oficial con fotografía y firma (vigente de acuerdo con la legislación que aplique a cada una de ellas), cualquiera de las siguientes:
 - 1.a)** Tratándose de mexicanos, se aceptarán los medios de identificación en términos de lo establecido por la presente Regla General número 32 del presente Acuerdo.
 - 1.b)** Para menores de edad se aceptará:
 - a.** Credencial ADIMSS.
 - b.** Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.
 - c.** Certificado o Constancia de estudios con fotografía, expedida por institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional.

- d. Documento con fotografía expedido por la Alcaldía de la Ciudad de México o Municipio en donde reside el menor, a través del cual se haga constar la identidad del mismo.
- e. Cartilla del Servicio Militar Nacional, emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional, para mayores de 16 años.

1.c) Tratándose de extranjeros:

- a. Pasaporte.
- b. Documento migratorio expedido por las Oficinas Consulares de México en el extranjero:
 - Visa de residencia temporal.
 - Visa de residente temporal estudiante.
 - Visa de residencia permanente.
 - Visa de visitante sin permiso para realizar actividades remuneradas.
 - Visa de visitante con permiso para realizar actividades remuneradas.
- c. Tarjeta de residencia, expedida por el Instituto Nacional de Migración.
- d. Credencial ADIMSS.

2. Comprobante de domicilio, siempre que su fecha de expedición no tenga una antigüedad mayor a tres meses previos a la presentación de la solicitud:

- a. Boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente).
- b. Estado de cuenta de servicio telefónico (fijo).
- c. Recibo de consumo de agua.
- d. Recibo del servicio de Luz.
- e. Recibo del servicio de gas.
- f. Constancia de residencia emitida por la autoridad municipal, ejidal o Alcaldía de la Ciudad de México.

Ineludiblemente, el documento para acreditar el domicilio donde realizará el trámite será el asentado en su Credencial para Votar, expedida por el Instituto Nacional Electoral o por Instituto Federal Electoral, para el caso de que, el lugar donde realice su solicitud de pensión no corresponda al de su Credencial para votar, el solicitante de forma adicional deberá presentar cualquiera de los documentos antes enunciados, siempre que aparezca como titular. El presente apartado es aplicable para aquellos trámites enunciados en el "CAPITULO III TRÁMITES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE PRESTACIONES EN DINERO" "FRACCIÓN I "DE LAS PENSIONES", donde sea requerido comprobante de domicilio.

- 3. Estado de cuenta, impresión obtenida de la página de Internet de la AFORE que maneja la cuenta individual, o contrato firmado con la AFORE; con una antigüedad no mayor a seis meses previos a la fecha de solicitud de la prestación económica de que se trate; sólo si el asegurado cotizó a partir del 1 de julio de 1997.
- 4. Documento expedido por la institución de crédito en el cual se identifique el Número de Cuenta y CLABE, a favor del beneficiario para recibir el pago de la pensión o del subsidio, según corresponda.
- 5. Factura o documento fiscal que avala el pago de los servicios funerarios de un asegurado(a) o pensionado(a) fallecido(a) del IMSS que describa cualquier gasto como es el ataúd, cremación, embalsamamiento, servicio de traslado o equipo de velación, derechos del servicio de entierro, en general gastos por servicios funerarios o de velación; o bien, documento o cuenta original de los gastos de funeral emitida por autoridad competente.
Si los servicios funerarios son prestados por el Instituto y se solicita la aplicación de la Ayuda para Gastos de Funeral al costo total del servicio, el Contrato de Prestación de Servicios Funerarios expedido por el Velatorio IMSS podrá sustituir la factura de gastos funerarios.
- 6. Última liquidación efectuada de las cuotas obrero-patronales.
- 7. Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto de la dirigencia de la organización sindical.
- 8. Documento que contenga el nombre de la institución bancaria del país extranjero, código internacional, localidad sucursal, y la cuenta clave a nombre del pensionado, en la que se hará el depósito de la pensión.
- 9. Formato "Aviso de atención médica inicial y calificación de probable riesgo de trabajo ST-7".

Fracción II

EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA QUE PERMANECERÁ EN EL EXPEDIENTE

- 10. Copia certificada del Acta de Nacimiento, Acta de Adopción o Reconocimiento, expedida por:
 - Las oficinas o juzgados del Registro Civil.
 - Las Representaciones Consulares de México.
 - Gobierno Extranjero; en este caso, se aplicará lo señalado en la Regla General número 2 del presente Acuerdo.

Se acepta el Acta de Nacimiento en línea (formato único), impresa desde la página de internet oficial.

Para el caso de todas las actas emitidas por los Registros Civiles o en línea, se deberá atender lo señalado en la Regla General número 25 del presente Acuerdo.

También se aceptará copia certificada del Acta de Nacimiento, Reconocimiento o Adopción, expedida con firma electrónica de las autoridades administrativas nacionales, cuyas legislaciones otorguen validez a los documentos expedidos de esa forma.

La Carta de naturalización hará las veces de Acta de Nacimiento, en este supuesto se podrá presentar copia certificada por notario público, la cual permanecerá en el expediente.

11. Copia certificada del Acta de Matrimonio, expedida por alguna de las autoridades siguientes:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil.
- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero; en este caso, se debe atender a lo señalado en la Regla General número 2 del presente Acuerdo.

Se acepta el Acta de Matrimonio en línea (formato único), impresa desde la página de internet establecida para tal efecto. La fecha de expedición de este documento no deberá ser mayor a 90 días naturales, anteriores a la fecha de la solicitud del trámite.

Para el caso de todas las actas emitidas por los Registros Civiles o en línea, se deberá atender lo señalado en la Regla General número 25 del presente Acuerdo.

Para el trámite de "Solicitud de Pensión de Viudez", la expedición de la copia certificada deberá ser posterior a la fecha de la defunción del asegurado o pensionado.

12. Copia certificada del Acta de Divorcio o del Acta de Matrimonio con la anotación marginal de la disolución del vínculo matrimonial, expedida por alguna de las autoridades siguientes:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil.
- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero; en este caso, se debe atender a lo señalado en la Regla General número 2 del presente Acuerdo.

La fecha de expedición de este documento no deberá ser mayor a 90 días naturales anteriores a la fecha de la solicitud del trámite.

Para el caso de todas las actas emitidas por los Registros Civiles o en línea, se deberá atender lo señalado en la Regla General número 25 del presente Acuerdo.

13. Copia certificada del Acta de Defunción, expedida por alguna de las autoridades siguientes:

- Las oficinas o juzgados del Registro Civil.
- Las Representaciones Consulares de México.
- Gobierno Extranjero; en este caso, se debe atender a lo señalado en la Regla General número 2 del presente Acuerdo.

Se acepta el Acta de Defunción en línea (formato único), impresa desde la página de internet establecida para tal efecto, en términos de lo señalado en la Regla General número 25 del presente Acuerdo.

Para el caso de todas las actas emitidas por los Registros Civiles o en línea, se deberá atender lo señalado en la Regla General número 25 del presente Acuerdo.

En caso de personas desaparecidas, por derecho común, se podrá aceptar la inscripción de presunción de muerte que se realice en el Acta de Nacimiento y en caso de no señalarse la fecha de defunción, se tomará en consideración la fecha en que causó ejecutoria la sentencia de la autoridad judicial que determinó la referida presunción de muerte.

Para efectos de suspensión de una pensión, se acepta copia del Certificado de Defunción en el formato autorizado por la Secretaría de Salud, previo cotejo con el documento original, hasta que se cuente con la copia certificada del acta de defunción del Registro Civil, para registrar la baja por fallecimiento.

14. Copia certificada de la denuncia presentada por la desaparición del pensionado, ante el Ministerio Público correspondiente; dicha denuncia debe contener nombre completo del pensionado y fecha de inicio de la ausencia.

Si un pensionado desaparece de su domicilio por más de un mes sin que se tengan noticias de su paradero, sus beneficiarios con derecho a la pensión, disfrutarán de la misma en los términos de la sección del ramo de vida del seguro de invalidez y vida con carácter provisional.

15. Copia certificada de la resolución ejecutoriada, emitida por autoridad judicial, que acredite la dependencia económica.

16. Copia certificada de la resolución ejecutoriada emitida por autoridad judicial, que acredite la relación de concubinato, en términos de la Regla General número 28.

17. Constancia de semanas cotizadas en el IMSS con totalización de periodos ISSSTE, que contenga cadena original, sello digital y secuencia notarial o copia certificada de la constancia de períodos de cotización reconocidos, expedida por los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos institucionales, al amparo del Anexo Técnico I del "Convenio de Colaboración entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado", para el cumplimiento de lo previsto en el Título Segundo, Capítulo VIII, Sección I "De la

Transferencia de Derechos entre el Instituto y el IMSS", de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

17.a. Constancia de Semanas Cotizadas en el IMSS, emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del trámite con Homoclave IMSS-02-025 Modalidad A. Constancia de Semanas Cotizadas.

18. Constancia de estudios expedidas por las instituciones educativas pertenecientes al Sistema Educativo Nacional a nombre de la persona titular de la pensión hasta la edad de 25 años, que acredite su inscripción al ciclo escolar del que se trate, de conformidad con la Ley General de Educación, tales como:

- Las instituciones educativas del Estado y de sus organismos descentralizados.
- Las instituciones privadas con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios.
- Las instituciones de educación superior a las que la Ley les otorga autonomía.

Se aceptarán las constancias de estudios en el extranjero, siempre que hayan sido revalidados por las autoridades educativas federal o estatal.

La constancia deberá contener:

- Nombre completo del alumno.
 - Nombre y clave de la institución educativa.
 - En su caso, clave de autorización o de reconocimiento de validez oficial de estudios.
 - Ciclo escolar en que está inscrito el alumno y el periodo de la vigencia del mismo incluyendo las vacaciones escolares y administrativas.
 - Lugar y fecha en que se expide la constancia.
 - Sello oficial de la institución educativa.
 - Nombre, cargo y firma de la persona facultada para emitir la constancia. Se aceptarán constancias con firma electrónica de las instituciones que de acuerdo a su normatividad puedan expedirlas y tengan la misma validez que las constancias expedidas con firma autógrafa.
- 19.** Constancia expedida por los servicios de Afiliación Vigencia, que acredite el cambio de domicilio, la cual deriva del trámite "solicitud de registro y actualización de derechohabientes".
- 20.** Constancia expedida por las representaciones consulares mexicanas, a través de la cual, se acredite el domicilio del pensionado en el país de que se trate.
- 21.** Documento que acredite domicilio en el extranjero, emitido por autoridad administrativa o migratoria del país de que se trate, a través de la cual se acredite que el pensionado tiene su domicilio en dicho país.
- 22.** Documento que acredite la personalidad con la que se ostente, como es alguno de los siguientes:
- 22.1** Tratándose de Apoderado:
- Copia certificada del testimonio notarial a través del cual se acredite que se cuenta con poder general para actos de administración, o bien, especial para realizar el trámite que corresponda ante el Instituto (poder notarial).
- 22.2** Tratándose de quienes ejercen la Patria Potestad o Tutela:
- 22.2.1** Copia certificada de Acta de Nacimiento, Acta de Adopción o Reconocimiento; del menor con derecho a alguna de las prestaciones económicas expedida por:
- Las oficinas o juzgados del Registro Civil.
 - Las Representaciones Consulares de México.
 - Gobierno Extranjero; en este caso, se debe atender a lo señalado en la Regla General número 2 del presente Acuerdo.
- 22.2.2** Copia certificada de la resolución judicial ejecutoriada de Acta de Tutela o Guardia y custodia definitiva, en términos de la Regla General número 36, que acredite el ejercicio de la patria potestad, tutoría de manera definitiva o Guarda y custodia definitiva a nombre del solicitante de pensión, respecto de los menores de edad.
- 22.3** Tratándose de quienes ejercen la Patria Potestad o Tutela, en términos de la Regla General número 36:
- 22.3.1** Copia certificada de la resolución judicial ejecutoriada o de Acta de Tutela por discernimiento, que acredite la tutoría de manera definitiva a nombre del solicitante de pensión, respecto de los mayores de edad Incapacitados o en estado de interdicción.
- 23.** Copia certificada del testimonio notarial, por el que se acredita la constitución de la persona moral que se ostenta como patrón. (Acta constitutiva).
- 24.** Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-3, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de incapacidad o defunción por riesgos de trabajo. Este documento será

proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y permanecerá en el expediente.

25. Dictamen de invalidez ST-4, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite el estado de invalidez del asegurado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y permanecerá en el expediente.
26. Dictamen de beneficiario incapacitado ST-6, expedido por los servicios médicos institucionales, que acredite que el beneficiario se encuentre totalmente incapacitado. Este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo correspondientes y permanecerá en el expediente.
27. Constancia de los servicios médicos institucionales, a través del cual se acredite que la incapacidad que padecía el solicitante de una prestación económica, pensionado o asignatario, desapareció.
28. Consentimiento por escrito, de la dirigencia de la organización sindical representante de los trabajadores de la empresa solicitante del convenio, en su caso. De no existir representación sindical, se deberá presentar el consentimiento por escrito de los trabajadores, señalando el nombre de los mismos y su Número de Seguridad Social.
29. "Solicitud de Acreditamiento en Cuenta" (formato establecido debidamente requisitado), para que el reembolso de subsidios se realice a través de depósito en cuenta de cheques, a nombre de la empresa solicitante, en la institución de crédito que indique.
30. Escrito firmado por el patrón o su representante legal, señalando el registro patronal por el que solicita el convenio, su domicilio y el número de trabajadores relacionados con dicho registro. Si la solicitud se refiere a más de un registro patronal, deberá indicar el número de trabajadores y domicilio por cada registro.
31. Carta de Acreditamiento (formato establecido debidamente requisitado), de las personas autorizadas para recibir facturas y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios.
32. Manifestación por escrito del(los) solicitante(s) del pago de las mensualidades no cobradas en vida por el pensionado, a través de la cual exprese(n), bajo protesta de decir verdad, que las personas que suscriben dicha manifestación son las que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo y que cumplen con los requisitos conforme a dicho precepto mismas que se vinculan con el pensionado fallecido.

CAPITULO III

TRÁMITES INSTITUCIONALES

EN MATERIA DE PRESTACIONES EN DINERO

FRACCIÓN I

"DE LAS PENSIONES"

A) SOLICITUD DE PENSIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE.

A.1) Plazo máximo de la resolución del trámite: 12 días hábiles.

A.2) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

A.3) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

A.4) Datos del asegurado: Los identificados con los números: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25 y 34; en caso de asignación familiar tratándose de Incapacidad Permanente Total: 18, 19, 20 y 26. Adicionalmente, en su caso, del apoderado o representante legal: 27, 28, 29 y 30; en su caso, del firmante a ruego: 37, 38, 39, 40 y 41 del formato denominado "Solicitud de Pensión".

A.5) Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

- Del asegurado: 1, 2, 4, 10, y 24 (este último será proporcionado por los Servicios de Salud en el Trabajo).

Tratándose de Incapacidad Permanente Total, el solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, de conformidad con lo establecido en la Regla General número 22 del presente Acuerdo, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial.

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, para la contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro del beneficiario esposo o concubina(rio) a fin de que éste(a) pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar los documentos señalados en el CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" numeral 1, así como los numerales siguientes por tipo de beneficiario:

- Esposa(o): 11;
- Concubina(rio): 16 o 10 en términos de la Regla General número 28 del presente Acuerdo. Esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

El trámite se podrá realizar de manera presencial en ventanilla conforme a la Regla General número 17 o a través del portal de internet www.imss.gob.mx/pensiones conforme a la Regla General número 18 del presente Acuerdo.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia conforme a la Regla General número 12 del presente Acuerdo.

B) SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ.

B.1) Plazo máximo de la resolución del trámite: 12 días hábiles.

B.2) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

B.3) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

B.4) Datos del asegurado: Los identificados con los números: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25 y 34; en caso de asignación familiar: 18, 19, 20 y 26. Adicionalmente, en su caso, del apoderado o representante legal: 27, 28, 29 y 30; en su caso, del firmante a ruego: 37, 38, 39, 40 y 41 del formato denominado "Solicitud de Pensión".

B.5) Documentos: Del Capítulo II "Lista De Documentos a Presentar en Los Trámites", fracciones I y II, los numerales siguientes:

- Del asegurado: 1, 2, 4, 10 y 25 (este último será proporcionado por los Servicios de Salud en el Trabajo).

El solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, de conformidad con lo establecido en la Regla General número 22 del presente Acuerdo, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial.

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro, otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente; para la contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro de beneficiario esposo o concubinario, a fin de que éste pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar los documentos Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIÓN I y II, los numerales siguientes por tipo de beneficiario:

- Esposa(o): 11;
- Concubina(rio): 16 o 10, en términos de la Regla General número 28 del presente Acuerdo; esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

El trámite se podrá realizar de manera presencial en ventanilla conforme a la Regla General número 17 o a través del portal de internet www.imss.gob.mx/pensiones conforme a la Regla General número 18 del presente Acuerdo.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia conforme a la Regla General número 12 del presente Acuerdo.

C) SOLICITUD DE PENSIÓN DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ.

C.1) Plazo máximo de la resolución del trámite: 12 días hábiles.

C.2) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

C.3) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

C.4) Datos del asegurado: Los identificados con los números: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25 y 34; en caso de asignación familiar: 18, 19, 20 y 26. Adicionalmente, en su caso, del apoderado o representante legal: 27, 28, 29 y 30; en su caso, del firmante a ruego: 37, 38, 39, 40 y 41 del formato denominado "Solicitud de Pensión".

C.5) Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

- Del asegurado: 1, 2, 4 y 10.

El solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, de conformidad a lo establecido en la Regla General número 22 del presente Acuerdo, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial.

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro, otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, para la contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro de beneficiario esposo o concubinario a fin de que éste pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar los siguientes documentos, por tipo de beneficiario:

- Esposa(o): 11;
- Concubina(rio): 16 o 10, en términos de la Regla General número 28 del presente Acuerdo.

Esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

El trámite se podrá realizar de manera presencial en ventanilla conforme a la Regla General número 17 o a través del portal de internet www.imss.gob.mx/pensiones conforme a la Regla General número 18 del presente Acuerdo.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia conforme a la Regla General número 12 del presente Acuerdo.

D) SOLICITUD DE PENSIÓN DE RETIRO.

D.1) Plazo máximo de la resolución del trámite: 12 días hábiles.

D.2) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

D.3) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

D.4) Datos: Los identificados con los números: 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31 y 33. Adicionalmente, en su caso: 14C, 15, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37 y 38 del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

D.5) Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIÓN I y II, los numerales siguientes:

· Del asegurado: 1, 3, 4 y 10.

El solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, de conformidad a lo establecido en la Regla General número 22 del presente Acuerdo, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial.

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, para la contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro de beneficiario esposo o concubinario a fin de que éste pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar los documentos señalados en el CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, siguientes, por tipo de beneficiario:

· Esposa(o): 11;

· Concubina(rio): 16 o 10 en términos de la Regla General número 28 del presente Acuerdo.

Esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia conforme a la Regla General número 12 del presente Acuerdo.

E) SOLICITUD DE PENSIÓN DE RETIRO, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA DE DERECHOS IMSS-ISSSTE.

E.1) Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud: 12 días hábiles.

E.2) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

E.3) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

E.4) Datos del asegurado: Los identificados con los números: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25 y 34; en caso de asignación familiar: 18, 19, 20 y 26. Adicionalmente, en su caso, del apoderado o representante legal: 27, 28, 29 y 30; en su caso, del firmante a ruego: 37, 38, 39, 40 y 41 del formato denominado "Solicitud de Pensión".

E.5) Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS D PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

· Del asegurado: 1, 2, 4, 10 y 17.

El solicitante indicará si tiene beneficiarios para el otorgamiento de asignaciones familiares, de conformidad a lo establecido en la Regla General número 22 del presente Acuerdo, en su defecto, será acreedor de una ayuda asistencial.

Tratándose de pensiones de Incapacidad Permanente Total, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez, así como de Retiro, otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social vigente, para la contratación del seguro de sobrevivencia y para el registro de beneficiario esposo o concubinario a fin de que éste pueda gozar de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se deberán presentar documentos señalados en el CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes por tipo de beneficiario:

· Esposa(o): 11;

· Concubina(rio): 16 o 10 en términos de la Regla General número 28 del presente Acuerdo.

Esto, en adición a los datos y documentos de los hijos beneficiarios que pudiera tener.

El trámite se podrá realizar de manera presencial en ventanilla conforme a la Regla General número 17 o a través del portal de internet www.imss.gob.mx/pensiones conforme a la Regla General número 18 del presente Acuerdo.

Es obligación de los pensionados y sus asignatarios comprobar supervivencia conforme a la Regla General número 12 del presente Acuerdo.

F) SOLICITUD DE PENSIÓN DE VIUDEZ.

F.1) Plazo máximo de la resolución del trámite: 12 días hábiles.

F.2) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

F.3) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

F.4) Datos: Los identificados con los números: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 33. Adicionalmente, en su caso: 14B, 14C, 14D, 15, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37 y 38 del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

F.5) Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES", FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

- Del asegurado:

- Tratándose de asegurado fallecido: 3 (este último requisito se deberá presentar si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997) 10 y 13.

- Tratándose de pensionado fallecido: 13.

- Tratándose de pensionado desaparecido: 14.

- Del beneficiario: cónyuge esposa, concubina, cónyuge esposo o concubinario: 1, 2, 4 y 10.

- Tratándose de cónyuge esposa o esposo, 11.

- Tratándose de concubina o concubinario, 16 o 10, en términos de la Regla General número 28 del presente Acuerdo.

El solicitante será acreedor de una ayuda asistencial, cuando su estado físico requiera ineludiblemente, que lo asista otra persona de manera permanente o continua. Para elección de régimen de pensión al amparo de la LSS 1973, la ayuda asistencial se otorgará a las viudas. En términos de la Regla General número 22 del presente Acuerdo.

Es obligación de los pensionados comprobar supervivencia conforme a la Regla General número 12 del presente Acuerdo.

G) SOLICITUD DE PENSIÓN DE ORFANDAD.

G.1) Modalidades:

G.1.1) Hijo menor y hasta 16 años.

G.1.2) Hijo mayor de 16 y hasta 25 años estudiante.

G.1.3) Hijo mayor de 16 años Incapacitado.

G.2) Plazo máximo de la resolución del trámite: 12 días hábiles.

G.3) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

G.4) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

El plazo se computará conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

G.5) Datos: Los identificados con los números: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 33. Adicionalmente, en su caso: 14D, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37 y 38 del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

G.6) Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

- Del asegurado:

- Tratándose de asegurado fallecido: 3 (este último requisito se deberá presentar si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997), 10 y 13.

- Tratándose de pensionado fallecido: 13.

- Tratándose de pensionado desaparecido: 14.

- Del representante legal del beneficiario, en su caso: 1 y 22.

- Del beneficiario: 1, 2, 4 y 10.

Documentos adicionales por Modalidad:

G.6.1) Hijo menor y hasta 16 años: No se requiere ningún documento adicional a los ya mencionados.

G.6.2) Hijo mayor de 16 y hasta 25 años Estudiante: 18.

G.6.3) Hijo mayor de 16 años Incapacitado: 26.

Es obligación de los pensionados comprobar supervivencia conforme a la Regla General número 12 del presente Acuerdo.

El pago de la pensión se realizará de forma mensual y comprenderá el período que acredite la constancia de estudios, incluyendo las vacaciones escolares y administrativas de la institución educativa de que se trate.

Cuando los beneficiarios hayan alcanzado los dieciséis años de edad y continuaren estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, deberán presentar los comprobantes respectivos (documento 18) para que opere la prórroga y sigan disfrutando del goce de la pensión hasta cumplir los 25 años de edad, se tomará en consideración las condiciones económicas, familiares y personales del beneficiario; siempre que no sea sujeto al régimen obligatorio.

Tratándose de los hijos mayores de dieciséis años, que no puedan mantenerse por su propio trabajo, debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, continuarán disfrutando de la prestación hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padece.

La pensión de orfandad se podrá prorrogar después de alcanzar los dieciséis años de edad tomando en consideración las condiciones económicas, familiares y personales del beneficiario.

Los huérfanos al cumplir los dieciséis años de edad recibirán un finiquito equivalente a tres meses de su pensión.

Cuando los beneficiarios hayan alcanzado los dieciséis años de edad y no continuaren estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, o bien, hayan alcanzado una edad mayor a está y hasta los veinticinco años, habiendo realizado estudios prorrogándose el goce de la pensión y dejaren de realizar estudios dentro del Sistema Educativo Nacional, cesará su derecho al goce de la pensión. En este sentido, tratándose de las pensiones de orfandad al amparo de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997, invariablemente el Instituto Mexicano del Seguro Social realizará por oficio el pago del finiquito señalado, cuando los pensionados por orfandad cumplan los dieciséis años de edad y, en su caso, procederá a realizar los pagos de pensión por la prórroga a que tenga derecho el menor.

H) SOLICITUD DE PENSIÓN DE ASCENDIENTES.

H.1) Plazo máximo de la resolución del trámite: 12 días hábiles.

H.2) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

H.3) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente acuerdo.

H.4) Datos: Los identificados con los números: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14A, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 33. Adicionalmente, en su caso: 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37 y 38 del formato denominado "Solicitud de Pensión", Forma IMSS (2) (42).

H.5) Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

· Del asegurado:

Tratándose de asegurado fallecido: 3 (este requisito se deberá presentar si el asegurado tiene cotizaciones posteriores al 30 de junio de 1997): 10 y 13.

Tratándose de pensionado fallecido: 13.

Tratándose de pensionado desaparecido: 14.

· Del beneficiario:

1, 2, 4, 10 y 15, del solicitante respecto del asegurado o pensionado fallecido, al momento del fallecimiento de éste.

Es obligación de los pensionados comprobar supervivencia conforme a la Regla General número 12 del presente Acuerdo.

I) SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR FINIQUITO POR CONTRAER NUEVAS NUPCIAS.

I.1) Plazo máximo de la resolución del trámite: 12 días hábiles.

I.2) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

I.3) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente acuerdo.

I.4) Datos: Los identificados con los números: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 26, 27 y 28. Adicionalmente, en su caso 17, 18, 19, 20, 21, 22, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45 y 46 del formato denominado "Solicitud de modificación de pensión".

I.5) Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

· Del pensionado: 1; así como 11 tratándose de pensionada viuda o concubina, bajo el Régimen de pensión en la LSS 1973; o pensionada(o) viuda(o) esposa(o) o concubina(rio), bajo el Régimen de pensión en la Ley del Seguro Social vigente.

Para pensiones del Régimen de la Ley del Seguro Social vigente, el finiquito será pagado por la compañía aseguradora con la que el pensionado haya contratado.

J) SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO O EN EL MONTO DEL PAGO DE LA MISMA Y POR CAMBIO DE CUENTA BANCARIA.

J.1) Plazo máximo de la resolución del trámite:

- 22 días hábiles, tratándose del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1973.
- 45 días hábiles, tratándose del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1997.
- El mismo día, tratándose de cambio de cuenta bancaria.

J.2) Plazo de prevención:

- 12 días hábiles, tratándose del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social de 1973.
- 20 días hábiles, tratándose del régimen de pensión previsto en la Ley del Seguro Social vigente.
- No aplica, tratándose de cambio de cuenta bancaria.

J.3) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

J.4) Datos: Los identificados con los números: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 26, 29, 30 y 41. Adicionalmente, en su caso 17, 18, 19, 20, 21, 22, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45 y 46 del formato denominado "Solicitud de modificación de pensión".

J.5) Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

- Del pensionado: 1.
- Tratándose de cambio de cuenta bancaria: 1 y 4.

Este trámite, se refiere a Aclaraciones relativas a:

- i. Semanas de Cotización.
- ii. Salario Base de Cotización.
- iii. Calificación de Riesgos de Trabajo.
- iv. Porcentaje de Valuación Médica.
- v. Inexistencia del Estado de Invalidez.
- vi. Reingreso al Régimen Obligatorio del Seguro Social.
- vii. Fecha de inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el trabajo.
- viii. Errores aritméticos o informáticos.
- ix. Nuevo asignatario o beneficiario de pensión.
- x. Cambio de cuenta bancaria para el pago de las mensualidades de pensión. Si al momento de realizar la transferencia del pago de la pensión, el IMSS detecta error en la información proporcionada de la cuenta bancaria, no podrá realizarse el pago correspondiente, por lo que el pensionado deberá presentarse a realizar las aclaraciones correspondientes interrumpiéndose el plazo establecido hasta que se aclare la situación.

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

Este trámite aplica a las pensiones del régimen de pensión de la Ley del Seguro Social de 1973.

K.1) Modalidades:

K.1.1) Trámite realizado por el pensionado.

K.1.2) Trámite realizado por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado.

K.2) Plazo máximo de la resolución del trámite: 12 días hábiles.

K.3) Plazo de prevención: 8 días hábiles.

K.4) Vigencia de la resolución: Una vez notificada será permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

K.5) Datos: Los identificados con los números: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 21. Adicionalmente, en su caso: 20 del formato denominado "Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de

diferencias relativas a la pensión".

- K.6)** Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIÓN I y II, los numerales siguientes:

Modalidad K.1.1) Trámite realizado por el pensionado.

- Del pensionado: 1.

Modalidad K.1.2) Trámite realizado por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado:

- Del pensionado: 13.

En este supuesto el pago de las diferencias o las mensualidades no cobradas en vida del pensionado, se entregarán a las personas que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo.

- Del solicitante: 1 y 2.

K.6.1) Adicionales por solicitante:

- De la viuda o viudo, cónyuge: 11.
- Hijos menores de dieciocho años: 10.
- Hijos mayores de dieciocho años con incapacidad de cincuenta por ciento o más: 10 y 26 (dictamen de beneficiario incapacitado ST-6, que acredite una incapacidad del cincuenta por ciento o más; este documento será proporcionado directamente por los servicios de Salud en el Trabajo y permanecerá en el expediente).
- Hijo mayor de dieciocho y hasta veinticinco años, estudiante: 10 y 18.
- Ascendientes que dependían económicamente del pensionado: 10 (del pensionado).
- Concubina o concubino (sólo a falta de cónyuge): 16 o 10 en términos de la Regla General número 28 del presente Acuerdo.
- Las personas que dependían económicamente del pensionado: 15.

Asimismo, se deberá considerar la prescripción señalada en las Reglas Generales 19 y 31 del presente Acuerdo.

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

El trámite aplica a las pensiones otorgadas conforme a la LSS 1973. No se otorgarán préstamos a cuenta de pensión a los titulares de las pensiones alimenticias, por Incapacidad Permanente (provisional) e Invalidez (temporal).

- L.1)** Plazo máximo de la resolución: El mismo día en que se presenta la solicitud.
- L.2)** Plazo de prevención: No aplica.
- L.3)** Vigencia de la resolución: Temporal, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.
- L.4)** Datos: Los identificados con los números: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 del formato denominado "Solicitud para préstamo a cuenta de pensión de régimen de la Ley del Seguro Social 1973".
- L.5)** Documentos: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIÓN I y II, los numerales siguientes:
 - Del pensionado: 1.

Los préstamos a cuenta de pensión otorgados por las entidades financieras a los pensionados, a que se refiere el artículo 118, en correlación con el artículo vigésimo noveno transitorio, de la Ley del Seguro Social (Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 28 de mayo de 2012), se tramitarán en la forma y términos previstos en el convenio que dichas entidades financieras hayan celebrado con el Instituto, debiendo el pensionado otorgar su consentimiento expreso para que este Instituto descuente de la pensión que le corresponda los importes relativos al pago del préstamo y los entregue a la entidad financiera que lo otorgó.

FRACCIÓN II

"DE LOS SUBSIDIOS Y AYUDAS"

M) SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE MATRIMONIO.

- M.1)** Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud: Inmediato.
- M.2)** Plazo de prevención: No aplica.
- M.3)** Vigencia de la resolución: Permanente, en tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.

El solicitante deberá acudir directamente ante la Administradora de Fondos para el Retiro, donde tenga su cuenta individual.

- M.4)** Documentos para presentar en la AFORE: Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:
 - Del asegurado: 1, 11 (la copia certificada que se presente de este documento se devolverá al interesado una vez cotejada la copia simple que adjunte; puede ser de cualquier fecha de expedición), 3 (sólo se presenta

en copia simple).

- Si el asegurado tiene registrado ante el Instituto, como su beneficiario a otro cónyuge deberá exhibir cualquiera de los documentos siguientes según se trate: 13 (del cónyuge beneficiario) o 12.

El asegurado sólo podrá ejercer este derecho por una sola vez. No tendrá derecho por los posteriores matrimonios que contraiga.

Es obligación del asegurado mantener actualizado el registro de sus beneficiarios legales, por lo que de tener registrado a otro cónyuge, concubina o concubinario, deberá dar aviso a los servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos, a través del trámite correspondiente de registro del cónyuge por el que solicita la ayuda para gastos de matrimonio.

N) SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL.

N.1) Plazo máximo de la resolución del trámite, del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud: 12 días hábiles o inmediato si realiza los servicios funerarios en los velatorios del IMSS y transfiere el saldo para amortización del pago.

N.2) Plazo de prevención: No aplica.

N.3) Vigencia de la resolución: Permanente, en tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

N.4) Datos: Los identificados con los números: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 26. Adicionalmente, en su caso, el numeral 25 del formato denominado "Solicitud de Otorgamiento de Ayudas".

N.5) Documentos. Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

- Del solicitante: 1 y 4;
- Del asegurado o pensionado fallecido: 5 y 13 (la copia certificada que se presente de este documento se devolverá al interesado una vez cotejada la copia simple que adjunte).
- Tratándose de fallecimiento de un asegurado por Riesgo de Trabajo, además se deberá presentar: 9.

N.6) Formas de Pago:

N.6.1) Acreditamiento en cuenta.

N.6.2) Volante de pago.

Únicamente en caso de que el solicitante acredite que no cuente con cuenta bancaria, podrá cobrar la Ayuda para Gastos de Funeral, mediante volante de pago.

En caso de transferencia bancaria, el pago se le acredita en cuenta, el mismo día.

Para el supuesto, en el cual los servicios funerarios se realicen en velatorios del IMSS, el solicitante podrá aplicar lo establecido en Acuerdo ACDO.AS2.HCT.240620/174.P.DPES, para efecto de utilizar el monto de la Ayuda para Gastos de Funeral, en la amortización del pago de los servicios funerarios.

Ñ) SOLICITUD DE PAGO DE SUBSIDIOS.

Ñ.1) Modalidades:

Ñ.1.1) En cuenta bancaria, en línea: Registro, Modificación y Baja.

Ñ.1.2) En cuenta bancaria, en ventanilla: Registro, Modificación y Baja.

Ñ.1.3) Celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios.

Los solicitantes con derecho al pago de un subsidio, deberán actualizar o registrar su cuenta bancaria, para pago, según se establece en las siguientes modalidades:

Ñ.2) Plazo máximo de la resolución del trámite:

- Modalidad Ñ.1.1) y Ñ.1.2): 7 días posteriores a la entrega y validación de documentación.
- Modalidad Ñ.1.3): 7 días hábiles.

Ñ.3) Plazo de prevención: El mismo día.

Ñ.4) Vigencia de la resolución: Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

Ñ.5) Datos:

- Modalidad Ñ.1.1) Los identificados con los números: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15; tratándose de modificación de cuenta bancaria los numerales 8 y 9 de la nueva cuenta; del formato denominado "Solicitud de registro de pago de subsidios en cuenta bancaria".
- Modalidad Ñ.1.2): Los identificados con los números: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15; tratándose de modificación de cuenta bancaria los numerales 8 y 9; del formato denominado "Solicitud de registro de pago

de subsidios en cuenta bancaria".

- Modalidad Ñ.1.3): Los identificados con los numerales: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17 del formato denominado "Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios".

Ñ.6) Documentos. Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

Modalidad Ñ.1.1): Al ser un trámite digital, no debe presentarse ningún documento, únicamente es necesario el uso de la Firma Electrónica Avanzada, a través de los certificados vigentes que emita el Servicio de Administración Tributaria en favor del asegurado.

En cualquier momento el asegurado podrá modificar su cuenta bancaria y la cuenta CLABE asociada, en términos de la Regla General número 14.

Los trabajadores cuyos patrones tengan celebrado con el Instituto un Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios, no podrán recibir el pago de los subsidios en su cuenta bancaria, seguirán recibiendo a través de su patrón.

Esta modalidad de trámite únicamente puede realizarse en línea ingresando al aplicativo interoperable para el Pago de Subsidio en Cuenta Bancaria, usando la Firma Electrónica Avanzada cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria. De no realizarse la validación en línea de la Firma Electrónica Avanzada, no podrá realizarse el trámite en forma digital, por lo que podrá acudir a las ventanillas de prestaciones económicas en las Unidades de Medicina Familiar a realizar dicho trámite en forma presencial.

Las personas aseguradas que no cuenten con la Firma Electrónica Avanzada podrán ingresar al aplicativo con su Clave Única de Registro de Población para compilar su solicitud, la cual deberán formalizar personalmente en las ventanillas de prestaciones económicas de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción.

La solicitud del trámite también podrá realizarse en su totalidad de forma presencial en las ventanillas de prestaciones económicas en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social que le corresponda (ver modalidad B), en un horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

La Firma Electrónica Avanzada tendrá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, por lo que se considerará responsable de los actos emitidos a la persona titular de la misma.

Modalidad Ñ.1.2):

- Del asegurado: Los numerales 1 y 4.

Las personas aseguradas que no cuenten con la Firma Electrónica Avanzada podrán ingresar al aplicativo que el IMSS pone a disposición para que se les realice el pago del subsidio a través de la transferencia electrónica en su cuenta bancaria; con su Clave Única de Registro de Población para compilar su solicitud, la cual deberán formalizar personalmente en las ventanillas de prestaciones económicas en cualquier Unidad de Medicina Familiar con módulo de Prestaciones Económicas.

La solicitud del trámite también podrá realizarse en su totalidad, de forma presencial en las ventanillas de prestaciones económicas en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (Unidad Tramitadora y de Control) que le corresponda, en un horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

En cualquier momento el asegurado podrá modificar su cuenta bancaria y la cuenta CLABE asociada en términos de la Regla General número 14.

Los trabajadores cuyos patrones tengan celebrado con el Instituto un Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios, no podrán recibir el pago de los subsidios en su cuenta bancaria, seguirán recibiendo a través de su patrón.

El estado de cuenta bancario deberá cumplir con las siguientes características:

- No mayor a 3 meses de antigüedad.
- Nivel de cuenta N4.
- Presentar la carátula o página del documento donde aparezca nombre completo del asegurado, Número de Cuenta y Clave Bancaria Estandarizada (CLABE).

Modalidad Ñ.1.3):

"Solicitud de celebración de Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios" (formato establecido), en original y copia. Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:

- Tratándose de patrón persona física: 1, 6, 7, 28, 29, 30 y 31.
- Tratándose de patrón persona moral: 1, en su caso, 22 del Representante legal, 23, 6, 7, 28, 29, 30 y 31.
- Tratándose de los trabajadores cuyos patrones tengan celebrado con el Instituto un Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios, seguirán recibiendo el pago de los subsidios a su favor a través de su patrón.

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

O.1) Modalidades:

O.1.1) En cuenta bancaria, en línea: Registro y Modificación.

O.1.2) En cuenta bancaria, en ventanilla: Registro y Modificación.

O.2) Plazo máximo de la resolución del trámite: 7 días posteriores a la entrega y validación de documentación.

O.3) Plazo de prevención: El mismo día.

O4) Vigencia de la resolución: Permanente, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.

Los plazos se computarán conforme a lo establecido en la Regla General número 21 del presente Acuerdo.

O.5) Datos:

Modalidad O.1.1):

Los identificados con los numerales: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15; tratándose de modificación de cuenta bancaria: los numerales 8 y 9 del formato denominado "Solicitud de registro de pago en cuenta bancaria, de licencia por cuidados médicos de hijos de hasta de dieciséis años, aplicación del artículo 140 bis de la Ley del Seguro Social".

Modalidad O.1.2):

Los identificados con los numerales: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14 y 15; tratándose de modificación de cuenta bancaria los numerales 8 y 9, del formato denominado "Solicitud de registro de pago en cuenta bancaria, de licencia por cuidados médicos de hijos de hasta de dieciséis años, aplicación del artículo 140 bis de la Ley del Seguro Social".

O.6) Documentos:

Modalidad O.1.1):

Al ser un trámite digital, no debe presentarse ningún documento, únicamente es necesario el uso de la Firma Electrónica Avanzada, a través de los certificados vigentes que emita el Servicio de Administración Tributaria en favor del asegurado.

En cualquier momento el asegurado podrá modificar su cuenta bancaria y la cuenta CLABE asociada en términos de la Regla General número 14.

Esta modalidad de trámite únicamente puede realizarse en línea ingresando al aplicativo interoperable para el Pago de Subsidio en Cuenta Bancaria, usando la Firma Electrónica Avanzada cuyo certificado digital sea emitido por el Servicio de Administración Tributaria. De no realizarse la validación en línea de la Firma Electrónica Avanzada, no podrá realizarse el trámite en forma digital, por lo que podrá acudir a las ventanillas de prestaciones económicas en las Unidades de Medicina Familiar a realizar dicho trámite en forma presencial.

Las personas aseguradas que no cuenten con la Firma Electrónica Avanzada podrán ingresar al aplicativo que el IMSS pone a disposición para solicitar que el pago de la licencia por cuidados médicos a que tenga derecho a recibir, se realicen a través de la transferencia electrónica en su cuenta bancaria, con su Clave Única de Registro de Población (CURP) para compilar su solicitud, la cual deberán formalizar personalmente en las ventanillas de prestaciones económicas de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción.

La solicitud del trámite también podrá realizarse en su totalidad, de forma presencial en las ventanillas de prestaciones económicas en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (Unidad Tramitadora o Tramitadora y de Control) que le corresponda, en un horario de 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

La Firma Electrónica Avanzada tendrá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, por lo que se considerará responsable de los actos emitidos a la persona titular de la misma.

Modalidad O.1.2):




Del CAPÍTULO II "LISTA DE DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LOS TRÁMITES" FRACCIONES I y II, los numerales siguientes:




· Del asegurado: 1 y 4.

En cualquier momento el asegurado podrá modificar su cuenta bancaria y la cuenta CLABE asociada para pago de licencia por cuidados médicos en cuenta bancaria en términos de la Regla General número 14 del presente Acuerdo.

ANEXO "B"

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

gov.mx		Instituto Mexicano del Seguro Social				
SOLICITUD DE PENSION		FORMA IMSS (2) (42)				
COAD (1)	Subdelegación (2)	FOLIO NO.	(4)			
Unidad Receptora (3)						
I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO						
(5)	(6)	M () F () (7)	(8)			
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	Sexo	Fecha de Nacimiento			
(10)	(10)	(10)	(9)			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)				
(11)	(12)	(13)				
Estado Civil	AFORE (Nombre)	R.F.C. con Homoclave				
II. TIPO DE TRÁMITE QUE SOLICITA (14 A)						
Incapacidad Permanente ()	Retiro ()	Vejez ()				
Invalidez ()	Cesantía en Edad Avanzada ()	Viudez ()				
Orfandad ()	Ascendientes ()	Portabilidad IMSS-ISSSTE ()				
		Aplicación de Convenio Internacional ()				
III.1 EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE (14 B)						
Indemnización Global ()	Indemnización Global () o Pensión ()	Pensión ()				
La valuación es de hasta el 25%.	La valuación es mayor al 25% y hasta el 50%. No procederá modificar la forma de pago una vez elegido (art. 56 fracción II).	La valuación es mayor al 50%.				
III.2 EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR (14 C)						
SI ()		NO ()				
Esposa o concubina ()	Hijo menor y hasta 16 años ()	Procede ayuda asistencial				
Hijo mayor de 16 años incapacitado ()	Ascendientes: Padre () Madre ()					
Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante ()						
III.3 EN CASO DE PRORROGA DE PENSION DE ORFANDAD (14 D)						
Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante ()	Hijo mayor de 16 años incapacitado ()					
Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentra(n) inscrito(s) en la Institución educativa _____ (15) _____ con clave _____ (15) _____, el ciclo escolar ____ (15) _____ y año escolar ____ (15) _____, se entrega constancia de estudios con una vigencia de ____ (15) _____ a ____ (15) _____, con fecha y lugar de expedición _____ (15) _____.						
IV. DATOS DEL SOLICITANTE						
(16)	(16)	(16)				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)				
(17)	(18)	(19)	(20)			
C.U.R.P.	Domicilio Calle y No.	Colonia	C.P.			
(21)	(22)	(23)				
Ciudad o Entidad	Correo Electrónico	Teléfono				
V. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS O ASIGNATARIOS FAMILIARES						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Sexo	CURP
(24)	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)
Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al Régimen Obligatorio del Seguro Social.						
						Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.D. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 opción 3 http://atencion.contactoimss.com.mx

gob.mx		
Instituto Mexicano del Seguro Social		
VI. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
(25) Apellido Paterno	(25) Apellido Materno	(25) Nombres
(26) Identificación	(27) Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición	(28) Teléfono
VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO (23)		
IDENTIFICACIÓN OFICIAL		
Credencial ADIMSS ()	Documento migratorio ()	Tarjeta de residencia ()
Credencial para votar ()	Pasaporte ()	Cartilla del servicio militar ()
Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio ()	Carta de naturalización ()	Constancia de estudios ()
COMPROBANTE DE DOMICILIO		
Credencial para votar, en caso de coincidir con este ()	Boleta predial, bimestral o anual del ejercicio vigente ()	Estado de cuenta del servicio telefónico ()
Recibo de consumo de agua ()	Recibo del servicio de luz ()	Recibo de gas ()
Constancia de residencia emitida por la autoridad municipal o estatal ()		
DOCUMENTO DE AFORE ()		
ACTA DE DIVORCIO ()	ACTA DE DEFUNCIÓN ()	
DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO ()	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN ()	DICTAMEN ST-4 ()
CONSTANCIA DE PERÍODOS DE COTIZACIÓN RECONOCIDOS IMSS-ISSSTE ()	COPIA CERTIFICADA DE LA DENUNCIA POR DESAPARICIÓN ()	DICTAMEN ST-3 ()
VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO (30)		
IDENTIFICACIÓN OFICIAL		
Credencial ADIMSS ()	Documento migratorio ()	Tarjeta de residencia ()
Credencial para votar ()	Pasaporte ()	Cartilla del servicio militar ()
Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio ()	Carta de naturalización ()	Constancia de estudios ()
COMPROBANTE DE DOMICILIO		
Credencial para votar, en caso de coincidir con este ()	Boleta predial, bimestral o anual del ejercicio vigente ()	Estado de cuenta del servicio telefónico ()
Recibo de consumo de agua ()	Recibo del servicio de luz ()	Recibo de gas ()
Constancia de residencia emitida por la autoridad municipal o estatal ()		
COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN ()	DICTAMEN ST-6 ()	CONSTANCIA DE ESTUDIOS ()
DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO CON CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA ()	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO ()	OTROS ()
COPIA CERTIFICADA DE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONOMICA ()	COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACION DEL CONCUBINATO ()	
IX. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (31)		
IDENTIFICACIÓN OFICIAL		
Credencial ADIMSS ()	Pasaporte ()	Cartilla del servicio militar ()
Credencial para votar ()	Documento migratorio ()	Tarjeta de residencia ()
Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio ()		
DOCUMENTO QUE ACREDITA LA PERSONALIDAD		
Copia certificada del poder notarial para actos de administración ()	Copia certificada del poder notarial especial ()	Acta de nacimiento ()
  		Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 opción 3 http://atención.contactoimss.com.mx

gov.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Copia certificada de la resolución judicial que acredite la tutela ()
Copia certificada del acta de tutela ()

En caso de obtener una resolución favorable, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social para que el pago de las mensualidades de pensión se realice a través de **Acreditamiento en cuenta bancaria**

Nombre del titular:	(32)	Institución bancaria:	(32)
Clave Bancaria Estandarizada:	(32)	Acreditamiento a partir del mes de:	(32)

Avisos: (33)

- Este trámite es gratuito.
- A efecto de darle aviso de la procedencia de su Solicitud de Pensión y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, podrá presentarse en la ventanilla de la Unidad de Medicina Familiar a partir del
- El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.
- Se podrá desistir de continuar con este trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución de pensión.
- La falta de asistencia para recibir la notificación de la resolución impedirá que se realice el pago de la pensión solicitada.
- Es obligación del pensionado y sus asignatarios comprobar supervivencia en la forma y términos que determine el H. Consejo Técnico, para seguir disfrutando del pago de la correspondiente prestación económica.
- Para el pago de la pensión, puedes utilizar una cuenta a tu nombre del banco de tu preferencia, sin embargo, el IMSS no se hará responsable del cobro de comisiones por parte de la institución bancaria. Para evitar que tu cuenta sea sujeta a cobro de comisiones por consultas de saldo o disposiciones de efectivo, puedes registrar una cuenta en alguna de las instituciones bancarias que tienen convenio con el Instituto (solicita más información en las ventanillas o visita www.imss.gob.mx/serpension).
- Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al Centro de Contacto del IMSS al 800-623-23-23 opción 3, o bien al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-86 o en la Ciudad de México al 55-2000-3000.
- Requiere solicitar orientación en su AFORE para retirar los recursos de su cuenta individual, una vez que obtenga una resolución de pensión.

Firma otra persona a su ruego: (34)	SI ()	NO ()
Nombre completo (35)	Identificación (36)	No. o Clave (37)
Domicilio (38)		

X. FIRMAS

Declaraciones: (39)

-En este acto me doy por enterado y acepto que me sea notificada la resolución del trámite a través de los medios de comunicación electrónicos, siempre y cuando se pueda comprobar fehacientemente su notificación y recepción electrónica, tendrá la misma validez que la notificación con firma autógrafa del suscrito, de conformidad con el artículo 286 M de la LSS 1987.

-Autorizo al personal de los Servicios de Prestaciones Económicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que me notifique de manera personal, a través de los medios de comunicación electrónica o de localización proporcionados, respecto de cualquier situación posterior a la resolución del trámite.

-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que, ____ (si o no) disfruto de alguna otra pensión concedida por el Instituto, al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.

-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que, a la fecha de firma de la presente solicitud, ____ (si o no) he realizado disposición de recursos de mi cuenta individual.

-Hago constar que los datos e información proporcionados, se encuentran actualizados a la fecha y me comprometo a informar a los Servicios de Prestaciones Económicas y de Afiliación Vigencia de Derechos, cualquier modificación a los mismos.

-Declaro bajo protesta de decir verdad que, la información y documentación proporcionada es verídica y jurídicamente válida; en caso de detectar falsedad en ellas, por engaño o aprovechamiento de error; ya sea en virtud de simulación o cualquier otro acto, tengo pleno conocimiento que el Instituto realizará la denuncia correspondiente, en los términos del Código Penal Federal.

(40)
 Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró

(41)

(42)

Matrícula, Nombre y Firma
Lugar, Fecha y Sello

Documento para uso exclusivo del IMSS. Clave: 3A10-009-139

AVISO DE PRIVACIDAD
 El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, los cuales reciben y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, en ubicado en Tuleco, 21 primer piso, Colonia Juárez, Avenida Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizó sus datos personales recibidos para verificar y validar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, llevar de datos y transformación de datos almacenados para el otorgamiento y operación del servicio de "Solicitud de pensión", en todos sus modalidades. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integrado a través de la página electrónica www.imss.gob.mx

GOBIERNO DE MÉXICO

CONAMER

IMSS




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




INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:	Solicitud de pensión Forma IMSS (2) (42).	
Clave:	3A10-009-139	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de la pensión solicitada: Retiro, Viudez, Orfandad y Ascendientes. En casos de excepción: Incapacidad Permanente, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas a través de los sistemas de pensiones utilizados para este fin. La firma o huella se pondrá hasta que sea entregado el formato y documentos en presencia de personal de los Servicios de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción que corresponda.	
Número de Tantos:	Original y 2 copias.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. 1a. Copia: Afiliación y Vigencia de Derechos. 2a. Copia: Solicitante.	
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).

4	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO		
5	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
6	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
7	Sexo:	"M" para masculino y "F" para femenino.
8	Fecha de Nacimiento:	Con número arábigo día, mes y año de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
9	Fecha de Defunción:	Con número arábigo día, mes y año, de la fecha de fallecimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
10	Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) completo del asegurado y/o pensionado.
11	Estado Civil:	Estado civil del asegurado y/o pensionado, que se debe acreditar legalmente.
12	AFORE (Nombre):	Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado.
13	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través del Sistema de Administración Tributaria.
II. TIPO DE TRAMITE QUE SOLICITA		
14 A	Tipo de Trámite:	Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados.
III.1 EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE		
14 B	En caso de incapacidad permanente.	Una "X" en el casillero que señale si el solicitante optó por una Indemnización Global o una Pensión considerando las características del dictamen emitido por los Servicios de Salud en el Trabajo.
III.2 EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR		
14 C	En caso de asignación familiar.	Una "X" en el casillero que señale el tipo de Asignación Familiar.
III.3 EN CASO DE PRÓRROGA DE PENSIÓN DE ORFANDAD		
14 D	En caso de prórroga de pensión de orfandad.	Una "X" en el casillero que señale el tipo Prórroga de Pensión de Orfandad, siendo las posibles por continuar estudios o por incapacidad.
15	Manifiesto que el(los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años...	<p>Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional.</p> <p>Llenar con los datos de la constancia de estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ciclo escolar. · Año escolar. · Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). · Lugar y fecha en que se expide la constancia.
IV. DATOS DEL SOLICITANTE		
16	Nombre del solicitante:	Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, apellido materno y nombre.
17	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
18	Domicilio calle y número:	Nombre de la Calle y Número Int. y Ext., de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio.
19	Colonia:	Nombre de la Colonia, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio.
20	Código Postal:	Número de Código Postal, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio.
21	Ciudad o Entidad:	Nombre de la Ciudad o Entidad, de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio.
22	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
23	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante.
V. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS O ASIGNATARIOS FAMILIARES		
24	Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Fecha de Nacimiento, Parentesco, Sexo y CURP:	<ul style="list-style-type: none"> · Asentar el Apellido Paterno del beneficiario o asignatario familiar · Asentar el Apellido Materno del beneficiario o asignatario familiar · Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar · Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). · Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación. · Asentar el sexo al cual se pertenece, "M" para masculino y "F" para femenino. · Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población.
VI. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		

25	Nombre del representante legal:	Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre.
26	Identificación:	Documento con el que acredite su persona.
27	Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición:	Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición.
28	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO.		
29	Documentos adjuntos del Asegurado Pensionado:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por el asegurado y/o pensionado del trámite respectivo.
VIII. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO.		
30	Documentos adjuntos del Solicitante Beneficiario:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados por él solicitante y/o beneficiario del trámite respectivo.
IX. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN EL CASO DE REPRESENTANTE LEGAL.		
31	Documentos adjuntos del Representante Legal:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados para el caso de existir un Representante Legal del trámite respectivo.
32	Nombre, Institución Bancaria, Clave Bancaria Estandarizada y Acreditamiento a partir del mes de:	<ul style="list-style-type: none"> · Nombre del Titular: Apellido paterno, materno y nombre (s) del titular de la cuenta bancaria. · Institución bancaria: Nombre de la institución donde se apertura la cuenta bancaria. · Clave Bancaria Estandarizada: Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria. · Acreditamiento a partir del mes de: Mes y año de la nómina de pensionados a partir de la cual será depositado el pago mensual de la pensión en la cuenta bancaria.
33	Avisos	Notas o consideraciones que debe conocer el solicitante respecto de su trámite.
34	Firma otra persona a su ruego:	Una "X" en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante.
35	Nombre de la persona que firma a ruego:	Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre.
36	Identificación de la persona que firma a ruego:	Documento con el que acredite su persona.
37	Número o Clave:	Número o Clave del documento con el cual acreditó su persona.
38	Domicilio:	Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego.
X. FIRMAS		
39	Declaraciones	Manifestaciones que debe realizar el solicitante, mismas que rigen su actuar y obligaciones respecto del trámite, así como la veracidad jurídica de la información y documentación que presenta.
40	Firma o huella digital del Solicitante:	Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste.
41	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de pensión y documentos probatorios en la Unidad Receptora.
42	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir.

gob.mx			
Instituto Mexicano del Seguro Social			
Solicitud de Pensión (1)			
Folio No. (2)		Fecha de Emisión (3) / (3) / (3) DD MM AAAA	
OOAD:	(4)		
Subdelegación:	(5)		
Unidad de Medicina Familiar Receptora:	(6)		
I. Datos del Asegurado o Pensionado			
Número de Seguridad social (7)	CURP (8)	RFC (9)	Sexo (10) <input type="radio"/> M <input type="radio"/> H
Nombre(s) (11)	Primer Apellido (11)	Segundo Apellido (11)	
Fecha de Nacimiento (12) / (12) / (12) DD MM AAAA	Fecha de Defunción (13) / (13) / (13) DD MM AAAA	Estado Civil (14)	Nombre de la AFORE (15)
II. Tipo de Trámite que Solicita (16)			
<input type="radio"/> Incapacidad Permanente	<input type="radio"/> Retiro	<input type="radio"/> Vejez	
<input type="radio"/> Invalidez	<input type="radio"/> Cesantía en Edad Avanzada	<input type="radio"/> Viudez	
<input type="radio"/> Orfandad	<input type="radio"/> Ascendientes	<input type="radio"/> Portabilidad IMSS-ISSSTE	
		<input type="radio"/> Aplicación de Convenio Internacional	
III. Incapacidad Permanente (Enfermedad, Accidente de Trabajo o Muerte) (17)			
<input type="radio"/> Indemnización Global Si la valuación es de hasta el 25%	<input type="radio"/> Indemnización Global <input type="radio"/> Pensión Si la valuación es mayor al 25% y hasta el 50% Una vez elegido no se podrá modificar (Art.58 Fracción III LSS)	<input type="radio"/> Pensión Si la valuación es mayor al 50% o se trata de un dictamen con carácter provisional o fallecimiento	
IV. En caso de Asignación Familiar (18)			
<input type="radio"/> Sí		<input type="radio"/> No	
			Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 opción 3 http://atencion.contactoimss.com.mx
Página 1 de 4			

gob.mx		
Instituto Mexicano del Seguro Social		
<input type="radio"/> Esposa o Concubina	<input type="radio"/> Hijo Menor y hasta 16 Años	<input type="radio"/> Procede Ayuda Asistencial
<input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 Años Incapacitado	Ascendientes	
<input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 hasta 25 Años Estudiante	<input type="radio"/> Madre	<input type="radio"/> Padre
V. En caso de Prórroga de Estudios (19)		
<input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 Años hasta 25 Años Estudiante	<input type="radio"/> Hijo Mayor de 16 Años Incapacitado	
Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentran inscritos en la institución _____ (20) con clave _____ (20) al ciclo escolar _____ (20) y año escolar _____ (20); se entrega constancia de estudios con una vigencia _____ (20) a _____ (20), con fecha y lugar de _____ (20).		
VI. Datos del Solicitante		
Nombre(s) (21)		Primer Apellido (21)
Segundo Apellido (21)	CURP (22)	Código Postal (23)
Calle, Número Exterior y Número Interior (23)	Colonia (23)	
Entidad Federativa (23)	Correo Electrónico (24)	Teléfono (Lada y Número) (25)
VII. Datos de los Beneficiarios (26)		
CURP (26)	Nombre(s) (26)	Primer Apellido (26)
Segundo Apellido (26)	Fecha de Nacimiento (26)	Sexo (26)
Parentesco (26)		
VIII. Datos del Representante Legal		
Nombre(s) (27)	Primer Apellido (27)	Segundo Apellido (27)
Identificación (28)	Número de Poder, Fecha y Lugar de Expedición (29)	Teléfono (Lada y Número) (30)
IX. Documentos Adjuntos del Asegurado o Pensionado (31)		
X. Documentos Adjuntos del Beneficiario (32)		
  		
Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 opción 3 http://atencion.contactoimss.com.mx		Página 2 de 4

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

En caso de obtener una resolución de pensión favorable, el pago de dicha prestación se acreditará en la siguiente cuenta bancaria:

Titular de la Cuenta (34)	Institución Bancaria (34)	Cuenta CLABE (34)
------------------------------	------------------------------	----------------------

XII. Avisos (35)
<p>1. Este trámite es gratuito.</p> <p>2. A efecto de darle aviso de la procedencia de su Solicitud de Pensión y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, podrá presentarse en la ventanilla de la Unidad de Medicina Familiar a partir del _____.</p> <p>3. El plazo para la resolución del trámite es de 12 días hábiles los cuales se computarán a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas.</p> <p>4. Se podrá desistir de continuar con este trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución de pensión.</p> <p>5. La falta de asistencia para recibir la notificación de la resolución impedirá que se realice el pago de la pensión solicitada.</p> <p>6. Para el pago de tu pensión, puedes utilizar una cuenta a tu nombre del banco de tu preferencia, sin embargo, el IMSS no se hará responsable del cobro de comisiones por parte de la institución bancaria. Para evitar que tu cuenta sea sujeta a cobro de comisiones por consultas de saldo o disposiciones de efectivo, puedes registrar una cuenta en alguna de las instituciones bancarias que tienen convenio con el Instituto (solicita más información en las ventanillas o visita www.imss.gob.mx/pensiones)</p> <p>7. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al Centro de Contacto del IMSS al 800-623-23-23 opción 3, o bien al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-66 o en la Ciudad de México al 55-2000-3000.</p> <p>8. Recuerde solicitar orientación en su AFORE para retirar los recursos de su cuenta individual, una vez que obtenga una resolución de pensión.</p>

XIII. Aviso de privacidad (36)
<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable. Sus datos personales serán utilizados para verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación derivados del uso del formato "Solicitud de pensión", en todas sus modalidades.</p> <p>Le informamos que se realizarán transferencia de sus datos personales, para comprobar la autenticidad de los mismos, así como transmitir los recursos de la cuenta individual de los asegurados o pensionados.</p> <p>Destinatarios de los datos personales en el país que pertenecen al Gobierno Federal: Banco de México para comprobar que la cuenta CLABE, asociada a la cuenta bancaria proporcionada, pertenece al solicitante, INE o la dependencia o entidad pública que emita la identificación oficial que presenta en su solicitud para comprobar la autenticidad del documento de identificación, así como el fenotipo del solicitante, RENAPO y el SAT para comprobar la personalidad del solicitante, CONSAR a través de PROCESAR para transmitir los recursos de la cuenta individual del solicitante, el INFONAVIT para conciliar el importe de la subcuenta de vivienda 92 y 97, el ISSSTE únicamente en los trámites de pensión con transferencia de derechos IMSS-ISSSTE para realizar la transferencia de derechos que tenga el solicitante por años cotizados al ISSSTE y la CNSF para emitir documentos de oferta de las aseguradoras para aquellas solicitudes de pensión (renta vitalicia) al amparo de la Ley del Seguro Social vigente.</p> <p>Asimismo, se transferirán sus datos personales a las administradoras de fondos para el retiro (AFORE) correspondientes, para efecto de consultar los saldos previos al momento de la solicitud de pensión, y a las aseguradoras con las que tiene convenio el IMSS para administrar pensiones derivadas de la Ley del Seguro Social vigente, cuando sean necesarios para atender los requerimientos de información fundados y motivados que soliciten las autoridades competentes. Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral que se encuentra publicado en la página http://www.imss.gob.mx, así como en las oficinas de los servicios de prestaciones económicas.</p>

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


gov.mx


Instituto Mexicano del Seguro Social


Firma Otra Persona a Ruego (37)				Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Nombre(s) (38)		Primer Apellido (38)		Segundo Apellido (38)	
Identificación (39)			No. o Clave (40)		
Código Postal (41)	Calle, Número Exterior Y Número Interior (42)		Colonia (43)	Entidad Federativa (44)	
XIV. Firmas					
Declaraciones: (42) -En este acto me doy por enterado y acepto que me sea notificada la resolución del trámite a través de los medios de comunicación electrónica, siempre y cuando se pueda comprobar fehacientemente su notificación y recepción electrónica, tendrá la misma validez que la notificación con firma autógrafa del suscrito, de conformidad con el artículo 286 M de la LSS 1987. -Autorizo al personal de los Servicios de Prestaciones Económicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que me notifique de manera personal, a través de los medios de comunicación electrónica o de localización proporcionados, respecto de cualquier situación posterior a la resolución del trámite. -Manifiesto bajo protesta de decir verdad que, ____ (sí o no) disfruto de alguna otra pensión concedida por el Instituto, al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social. -Manifiesto bajo protesta de decir verdad que, a la fecha de firma de la presente solicitud, ____ (sí o no) he realizado disposición de recursos de mi cuenta individual. -Hago constar que los datos e información proporcionados, se encuentran actualizados a la fecha y me comprometo a informar a los Servicios de Prestaciones Económicas y de Afiliación Vigencia de Derechos, cualquier modificación a los mismos. -Declaro bajo protesta de decir verdad que, la información y documentación proporcionada es verídica y jurídicamente válida, en caso de detectar falsedad en ellas, por engaño o aprovechamiento de error; ya sea en virtud de simulación o cualquier otro acto, tengo pleno conocimiento que el Instituto realizará la denuncia correspondiente, en los términos del Código Penal Federal.					
Interesado					
(43) Nombre y Firma [o Huella Digital]					
Entregó			(45)		
(44)			(45)		
Matrícula, Nombre y Firma			Lugar, Fecha y Sello		

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios: (46)			
<input type="radio"/> IMSS-01-001	<input type="radio"/> IMSS-01-002	<input type="radio"/> IMSS-01-016	<input type="radio"/> IMSS-01-022
(47)			

Cadena Original:	
Sello Digital:	
Número de Serie:	000000000000000001
Secuencia Notarial:	13c7f809-016b-4dc8-bfa-90918b238f67







Página 4 de 4




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

INSTRUCTIVO DE LLENADO


Nombre de la Forma:		Solicitud de pensión
Objetivo:		Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de la pensión solicitada.
Elaborado por:		Servicio de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción o Subdelegación que corresponda.
Número de Tantos:		Dos
Distribución:		1a. Solicitante 2a. Expediente de pensión
No.	DATO	ANOTAR
1	Solicitud de Pensión	El tipo de pensión que se va a tramitar: Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Incapacidad Permanente, Invalidez e Indemnización Global.
2	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud.
3	Fecha de Emisión:	Con número arábigo día, mes y año de la fecha de emisión. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
4	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
5	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.

6	Unidad de Medicina Familiar Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
I. DATOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO		
7	Número de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
8	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
9	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave del asegurado, asignada al ciudadano por el Servicio de Administración Tributaria.
10	Sexo:	"M" para masculino y "F" para femenino.
11	Nombre(s), Primer Apellido y Segundo Apellido:	Nombre completo, Primer Apellido y Segundo Apellido del asegurado o pensionado.
12	Fecha de Nacimiento:	Con número arábigo día, mes y año de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
13	Fecha de Defunción:	Con número arábigo día, mes y año, de la fecha de fallecimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
14	Estado Civil:	Estado civil del asegurado y/o pensionado, que se debe acreditar legalmente.
15	Nombre de la AFORE:	Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado.
II. TIPO DE TRAMITE QUE SOLICITA		
16	Tipo de Trámite que solicita:	Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados.
III. INCAPACIDAD PERMANENTE (ENFERMEDAD, ACCIDENTE DE TRABAJO O MUERTE)		
17	Indemnización Global	Si la valuación del dictamen es de hasta 25%.
	Indemnización Global o Pensión	Si la valuación es mayor al 25% y hasta el 50%, una vez elegido no se podrá modificar (Art. 58 Fracc. III LSSS).
	Pensión	Si la valuación es mayor al 50% o se trata de un dictamen con carácter provisional o fallecimiento.
IV. EN CASO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR		
18	En caso de asignación familiar:	Una "X" en el casillero que señale el tipo de Asignación Familiar.
V. EN CASO DE PRÓRROGA DE ESTUDIOS.		
19	En caso de prórroga de Estudios.	Una "X" en el casillero que señale el tipo Prórroga de Estudios o por Incapacidad.
20	Manifiesto que el(los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años...:	<p>Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional.</p> <p>Llenar con los datos de la constancia de estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ciclo escolar. · Año escolar. · Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). · Lugar y fecha en que se expide la constancia.
VI. DATOS DEL SOLICITANTE.		
21	Datos del solicitante:	Nombre completo del solicitante, empezando por nombre, primer apellido y segundo apellido.
22	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
23	Domicilio del Asegurado:	Código postal, Calle y Número Int. Ext., Colonia, Entidad; de acuerdo con los datos consignados en el comprobante de domicilio.
24	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
25	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
VII. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS		
26	CURP, Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido, Fecha de Nacimiento, Sexo y Parentesco:	<ul style="list-style-type: none"> · Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población. · Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar. · Asentar el Primer Apellido del beneficiario o asignatario familiar. · Asentar el Segundo Apellido del beneficiario o asignatario familiar. · Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). · Asentar el sexo al cual se pertenece, "M" para masculino y "F" para femenino. · Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación.
VIII. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		

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

gob.mx			
Instituto Mexicano del Seguro Social			
SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN			
OOAD (1)			FOLIO NO. (4)
Subdelegación (2)			
Unidad Receptora (3)			
Firmita (5) ()	Hechos que inciden en el cálculo o en el monto de pago de la misma (5) ()		
Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión (5) ()	Cambio de cuenta bancaria (5) ()		
I. DATOS DEL PENSIONADO			
(6)	(6)	(6)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
(7)	(8)		
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.		
II. DATOS DEL SOLICITANTE			
(9)	(9)	(9)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
(10)			(11)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.			Colonia
(12)	(13)	(14)	(15)
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico
(16)			
<p>-En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social, para que se me informe de cualquier asunto relacionado con este trámite, al correo electrónico o número telefónico que proporcione.</p> <p>-Transcurridos ocho días hábiles a la presentación de esta solicitud, me comprometo a acudir a esta ventanilla para enterarme sobre la procedencia de la solicitud de pensión.</p> <p>-Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que (si o no) disfruto de alguna otra pensión concedida por el Instituto, al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.</p> <p>-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que a la fecha de firma de la presente solicitud, (si o no) he realizado disposición de recursos de mi cuenta individual.</p> <p>-Hago constar que los datos e información proporcionados, se encuentran actualizados a la fecha y me comprometo a informar a los Servicios de Prestaciones Económicas, cualquier modificación a los mismos.</p> <p>-Autorizo al personal de los Servicios de Prestaciones Económicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que me notifique de manera personal o a través de los medios de localización proporcionados, respecto de cualquier situación relacionada a la prestación económica.</p>			
III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL			
(17)	(17)	(17)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
(18)	(19)	(20)	
C.U.R.P.	Identificación	Teléfono	
Apoderado Legal (21) () Patria Potestad (21) () Tutor (21) ()			(22)
Personalidad Jurídica			Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición
IV. DATOS DE LA PENSIÓN			
(23)			(24)
Régimen			Rama
(25)			(26)
Tipo de Pensión			Grupo Familiar
V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO			
V. I EN CASO DE FINQUITO (27)			
Firmita por contraer nuevas nupcias (28) ()		Fecha de matrimonio: (28)	
Lo anterior para finiquitar la pensión que percibí conforme a la Ley del Seguro Social, en el entendido que se extinguirán con este pago todos los derechos previstos de los seguros de Riesgo de Trabajo o Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, según sea el caso.			
V. II EN CASO DE MODIFICACION DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO DEL MONTO DEL PAGO DE LA MISMA (29)			
Por medio de la presente solicito la modificación de mi pensión por:			
Motivo: (30)			
Semanas de Cotización ()	Porcentaje de Valuación Médica ()	Fecha de Inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el trabajo ()	
Salario Base de Cotización ()	Inexistencia del Estado de Invalidez ()	Errores aritméticos o informáticos ()	
Cualificación de Riesgo de Trabajo ()	Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social (Régimen del Seguro Social 1973/1997) ()	Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión ()	
V. III EN CASO DE NUEVO ASIGNATARIO O BENEFICIARIO DE PENSIÓN (31)			
Nuevo asignatario (32) ()			
Esposa o concubina ()	Hijo menor y hasta 16 años ()	Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante ()	
Hijo mayor de 16 años incapacitado ()	Ascendientes padre/madre ()		
			
		Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06500, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://atención.contactoimss.com.mx	

gob.mx						
Instituto Mexicano del Seguro Social						
Beneficiario de pensión de orfandad (33) ()						
Hijo menor y hasta 16 años ()		Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante ()		Hijo mayor de 16 años incapacitado ()		
Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentra(n) inscrito(s) en la institución educativa _____ con clave _____ al ciclo escolar _____ y año escolar _____; se entrega constancia de estudios con una vigencia de _____ a _____, con fecha y lugar de expedición _____, (34)						
V. IV CAMBIO DE CUENTA BANCARIA						
(35) _____ Nombre de la institución bancaria		(36) _____ Número de Cuenta CLABE		(37) _____ Acreditamiento a partir del mes de		
Para el pago de la pensión, puedes utilizar una cuenta a tu nombre del banco de tu preferencia, sin embargo, el IMSS no se hará responsable del cobro de comisiones por parte de la institución bancaria. Para evitar que tu cuenta sea sujeta al cobro de comisiones por consultas de saldo o disposiciones de efecto, puedes registrar una cuenta en alguna de las instituciones bancarias que tienen convenio con el Instituto (solicita más información en las ventanillas).						
DATOS DEL BENEFICIARIO O ASIGNATARIO FAMILIAR (38)						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Parentesco
						Sexo
						CURP
Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el (los) beneficiario(s) hijo(s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al Régimen Obligatorio del Seguro Social.						
VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS (39)						
IDENTIFICACIÓN OFICIAL						
Credencial ADIMSS ()		Documento migratorio ()		Tarjeta de residencia ()		
Credencial para votar ()		Pasaporte ()		Cartilla del servicio militar ()		
Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio ()		Carta de naturalización ()		Constancia de estudios ()		
DOCUMENTOS DE APOYO						
Recibos de pago ()		Contratos de trabajo ()		Comprobantes de inscripción al seguro social ()		
COMPROBANTE DE DOMICILIO ()		DOCUMENTO DE AFORE ()				
DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN DE CREDITO AUTORIZADA POR EL IMSS ()		COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN ()		DICTAMEN ST-4 ()		
COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DEL CONCUBINATO ()		COPIA CERTIFICADA DE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA ()		COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO ()		
CONSTANCIA DE ESTUDIO ()		OTROS ESPECIFICAR _____ ()				
EN CASO DE FINIQUITO						
COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO ()						
EN CASO DE CAMBIO DE CUENTA BANCARIA						
CONTRATO BANCARIO ()		ESTADO DE CUENTA O DOCUMENTO EMITIDO POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA ()				
VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (40)						
IDENTIFICACIÓN OFICIAL						
Credencial ADIMSS ()		Pasaporte ()		Cartilla del servicio militar ()		
Credencial para votar ()		Documento migratorio ()		Tarjeta de residencia ()		

gob.mx						
Instituto Mexicano del Seguro Social						
Documento Expedido por la Alcaldía (Antes Delegación) o Municipio ()						
DOCUMENTO QUE ACREDITA LA PERSONALIDAD						
Copia certificada del poder notarial para actos de dominio ()	Copia certificada del poder notarial especial ()	Acta de nacimiento ()				
Copia certificada de la resolución judicial que acredite la tutela ()	Copia certificada del acta de tutela ()					
VIII. OBSERVACIONES (41)						
<p>1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.</p> <p>2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución.</p> <p>3. El Solicitante deberá acudir a la Unidad Receptora donde inició su trámite, en la fecha que se le indica (determinación máxima 8 días), a efecto de darle aviso de la procedencia de la solicitud y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, según corresponda. Su cita es el próximo de ____ de ____ en un horario de ____ a ____ hrs.</p> <p>4. Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.</p> <p>5. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-66 en el D. F. al 2009-30-00, o bien al call center del IMSS al 800-823-23-23.</p>						
Firma otra persona a su ruego: (42)	SI ()	NO ()				
Nombre completo (43)	Identificación (44)	No. o Clave (45)				
Domicilio (46)						
<p>En este acto me doy por enterado y acepto que me sea notificada la resolución de pensión del presente trámite se lleve a cabo a través de los medios de comunicación electrónica, siempre y cuando se pueda comprobar fehacientemente su notificación y recepción electrónica. Esto, con fundamento en el artículo 296 M de la LSS 1987. Asimismo, conozco y acepto que la notificación que se obtenga por el medio de comunicación electrónica autorizado, tendrá la misma validez que la notificación con firma autógrafa del suscrito. Finalmente acepto que la falta de notificación de la resolución impedirá que se realice el pago de la pensión solicitada.</p>						
(47) Firma o huella digital del Solicitante						
Elaboró (50) Matrícula, Nombre y Firma	(51) Lugar, Fecha y Sello	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Pago IMSS (48) Autorizó </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Pago Aseguradora (49) Revisó </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(52) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Pago IMSS (48) Autorizó	<input type="checkbox"/> Pago Aseguradora (49) Revisó	(52) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo	
<input type="checkbox"/> Pago IMSS (48) Autorizó	<input type="checkbox"/> Pago Aseguradora (49) Revisó					
(52) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo						
AVISO DE PRIVACIDAD						
<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la recopilación de los servicios involucrados, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, los cuales recabarán y administrarán los datos que proporcionen los solicitantes de trámites y servicios involucrados, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifestarán como domicilio para efectos de presente estos datos personales, en ubicado en Paseo de la Reforma, 21 primer piso, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600; igual en el momento del uso y protección de sus datos personales, el suscrito autoriza sus datos personales recabados para recopilar y conservar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar sus expedientes, basarse en datos y transferencia de dichos expedientes para el otorgamiento y ejecución del trámite de "Solicitud de modificación de pensión", en todas sus modalidades. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx</p>						
		<p>Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx</p>				




INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:	Solicitud de Modificación de Pensión.	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de solicitud de modificación de pensiones: Finiquito, Hechos que inciden en el cálculo o en el monto de pago de la misma y Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión, o cambio de cuenta bancaria.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas y/o el solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa, la firma o huella se pondrá hasta que sea entregado el formato y documentos en presencia de personal de los Servicios de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción que corresponda.	
Número de Tantos:	Original y 2 copias.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. 1a. Copia: Afiliación y Vigencia de Derechos. 2a. Copia: Solicitante.	
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Unidad Receptora:	Nombre de la Unidad Receptora.
4	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud.
5	Tipo de Modificación de Pensión:	Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados.
I. DATOS DEL PENSIONADO		
6	Nombre del Pensionado:	Nombre completo del Pensionado, empezando por apellido paterno materno y nombre.
7	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
8	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		

9	Nombre del Solicitante:	Nombre completo del Pensionado, empezando por apellido paterno, apellido materno y nombre.
10	Domicilio:	Nombre de la Calle y Número Int. Ext., de acuerdo con los datos consignados.
11	Colonia:	Nombre de la Colonia, de acuerdo con los datos consignados.
12	Código Postal:	Número del Código Postal, de acuerdo a los datos consignados.
13	Ciudad o Entidad:	Nombre de la Ciudad o Entidad, de acuerdo a los datos consignados.
14	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
15	Correo Electrónico:	Correo electrónico del solicitante, en su caso.
16	-En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social...	Asentar la respuesta "sí" o "no", en los espacios en blanco, según corresponda.
III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
17	Nombre del representante legal:	Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre.
18	C.U.R.P.:	Clave Unica de Registro de Población.
19	Identificación:	Documento con el que acredite su persona.
20	Teléfono:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular).
21	Personalidad Jurídica:	Aquella que ostenta el representante legal que realiza el trámite.
22	Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición:	Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición.
IV. DATOS DE LA PENSIÓN		
23	Régimen:	Régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de Régimen que corresponde al trámite solicitado.
24	Rama:	Clave y Nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
25	Tipo de Pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
26	Grupo Familiar:	Número del Grupo Familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO.		
27	En caso de finiquito:	Una "X" en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados.
28	Finiquito por contraer nupcias y fecha de matrimonio:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es finiquito por contraer nuevas nupcias. Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha del nuevo matrimonio. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
29	En caso de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago de la misma:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es por modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago.
30	Motivo:	Una "X" en el casillero del motivo que de origen a su solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago:
		<ul style="list-style-type: none"> · Semanas de cotización. · Fecha de inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el Trabajo. · Inexistencia del Estado de Invalidez. · Calificación del Riesgo de Trabajo. · Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión.
		<ul style="list-style-type: none"> · Porcentaje de Valuación Médica. · Salario Base de Cotización. · Errores Aritméticos o Informáticos. · Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social (Régimen del Seguro Social 1973/1997).
31	En caso de Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión:	Una "X" en el casillero si el trámite solicitado es por Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión.

		Una "X" en el casillero del motivo que dio origen a su solicitud de Nuevo Asignatario.
32	Nuevo Asignatario:	<ul style="list-style-type: none"> · Esposa o Concubina. · Hijo Menor y hasta 16 años. · Ascendientes Padre / Madre.
		<ul style="list-style-type: none"> · Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante. · Hijo mayor de 16 años incapacitado.




33	Beneficiario de Pensión de Orfandad:	Una "X" en el casillero del motivo que dio origen a su solicitud de Beneficiario de Pensión de Orfandad. · Hijo menor y hasta 16 años. · Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante. · Hijo mayor de 16 años incapacitado.
34	Manifiesto que el(los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s):	Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional. Llenar con los datos de la constancia de estudios: · Ciclo escolar. · Año escolar. · Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas). · Lugar y fecha en que se expide la constancia.
35	Nombre de la institución bancaria:	Banco al que pertenece la cuenta en la que se realizará el pago de la mensualidad de pensión.
36	Número de cuenta CLABE	Clave Bancaria Estandarizada de la cuenta del pensionado, constituida por 18 dígitos.
37	Acreditamiento a partir del mes de	Mes en el cual se iniciarán los depósitos en la nueva cuenta bancaria proporcionada.
38	Datos del Beneficiario o Asignatario Familiar:	· Asentar el Apellido Paterno del beneficiario o asignatario familiar. · Asentar el Apellido Materno del beneficiario o asignatario familiar. · Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar. · Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa). · Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación. · Asentar el sexo al cual se pertenece, "M" para masculino y "F" para femenino. · Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población.
VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS.		
39	Documentos Adjuntos:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados como documentos adjuntos.
VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL.		
40	Documentos Adjuntos en caso de Representante legal:	Una "X", en el casillero que corresponda a los documentos entregados para el caso de existir un Representante Legal del trámite respectivo.
VIII. OBSERVACIONES.		
41	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
42	Firma otra persona a su ruego:	Una "X" en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante.
43	Nombre completo:	Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre.
44	Identificación:	Documento con el que acredite su persona.
45	Número o Clave:	Número o Clave del documento con el cual acredite su persona.
46	Domicilio:	Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego.
47	Firma o huella digital del Solicitante:	Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado Responsable de recibir el trámite y en presencia de éste.
48	Pago IMSS:	Una "X" en el casillero que señale la forma de pago.
49	Pago Aseguradora:	Una "X" en el casillero que señale la forma de pago.
50	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de pensión y documentos probatorios en la Unidad Receptora.
51	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisa la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir.
52	Mat. Nombre, Firma Cargo:	Matrícula, Apellido paterno, materno y nombre (s), firma del funcionario quien autorizó o revisó el trámite y cargo.

gob.mx				
Instituto Mexicano del Seguro Social				
(27) Euros ()	Nombre de la institución bancaria (15)			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Código bancario SWIFT (28)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">-</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Número de Cuenta (29)</td> </tr> </table>	Código bancario SWIFT (28)	-	Número de Cuenta (29)
	Código bancario SWIFT (28)	-	Número de Cuenta (29)	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">Código bancario IBAN (30)</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">-</td> </tr> </table>	Código bancario IBAN (30)	-		
Código bancario IBAN (30)	-			
(31) Otra Divisa () Especifique:	Nombre de la institución bancaria (15)			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Código bancario SWIFT (32)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">-</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Número de Cuenta (33)</td> </tr> </table>	Código bancario SWIFT (32)	-	Número de Cuenta (33)
	Código bancario SWIFT (32)	-	Número de Cuenta (33)	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">Código bancario IBAN (30)</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">-</td> </tr> </table>	Código bancario IBAN (30)	-		
Código bancario IBAN (30)	-			
DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO				
<p>Instrucciones específicas: Marque con una "X" los documentos que se enviarán como documentación probatoria de la información proporcionada. - Anexo a este formato debe enviar 2 documentos: 1) identificación oficial utilizada en el país el cual reside y 2) documento emitido por la institución bancaria de su preferencia que contenga los datos necesarios para el llenado de la "DATOS PARA ACREDITAR EL PAGO DE PENSION". - Debe enviar fotocopias legibles de los documentos antes mencionados.</p>				
1) (34) Tipo de Identificación Oficial Pasaporte, documento migratorio expedido por las Oficinas Consulares de México en el extranjero, tarjeta de residencia, entre otros.	2) (36) Contrato bancario () Estado de cuenta () Documento emitido por la Institución bancaria ()			
OBSERVACIONES				
<p>Instrucciones específicas: Solo utilice esta sección, en caso de requerir plantear algún aspecto relevante sobre el trámite que está realizando.</p>				
(37)				
(38) Firma o huella digital del pensionado	(39) Firma o huella digital del pensionado			
<p style="font-size: small;">AVISO DE PRIVACIDAD</p> <p style="font-size: x-small;">El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normalidad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada. Integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "SOLICITUD DE ACREDITAMIENTO EN CUENTA BANCARIA EN MONEDA EXTRANJERA". Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx.</p>				
				
	<p style="font-size: x-small;">Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx</p>			

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:		SOLICITUD DE ACREDITAMIENTO EN CUENTA BANCARIA EN MONEDA EXTRANJERA
Objetivo:		Registro y modificación de la cuenta bancaria del derechohabiente para el pago a través de transferencia electrónica de los pensionados apegados a los convenios internacionales vigentes.
Elaborado por:		Pensionado o Representante legal.
Número de Tantos:		Original.
Distribución:		Original: para la subdelegación que controla (OOAD Guerrero).
No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha de Solicitud:	Fecha del día de elaboración día (dos dígitos) mes (dos dígitos) año (cuatro dígitos).
2	Número de Seguridad Social:	Numero de Seguridad Social a (11) dígitos.
3	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
4	Nombre Completo:	Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre.
5	Nacionalidad:	Nacionalidad del Solicitante.
6	Fecha de nacimiento:	Día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos) de nacimiento del pensionado.
7	Lugar de Nacimiento:	Lugar de nacimiento del Pensionado.
8	País:	País de Residencia del Pensionado.
9	Estado/Provincia:	Estado o Provincia de Residencia del Pensionado.
10	Ciudad:	Ciudad de Residencia del pensionado.

11	Calle, Numero exterior, Numero interior y Código Postal:	Calle, Número exterior, Número interior y Código Postal de residencia del Pensionado.
12	Correo Electrónico:	Dirección de Correo Electrónico Válida del Pensionado.
13	Número Telefónico:	Código de País (tres dígitos), Código de Ciudad (tres dígitos) y número de teléfono (siete dígitos).
14	Dólares Americanos ARGENTINA:	Una X en el paréntesis si es el tipo de moneda de la cuenta donde se recibirá el pago de su pensión.
15	Nombre de la Institución Bancaria:	Nombre de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
16	Código bancario SWIFT:	Código bancario SWIFT de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
17	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
18	Cuenta Bancaria Universal CBU:	Cuenta Bancaria Universal CBU de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
19	Dólares Americanos ESTADOS UNIDOS:	Una X en el paréntesis si es el tipo de moneda de la cuenta donde se recibirá el pago de su pensión.
20	Código Bancario ABA:	Código Bancario ABA de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
21	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
22	Dólares Canadienses:	Una X en el paréntesis si es el tipo de moneda de la cuenta donde se recibirá el pago de su pensión.
23	Code del Banco:	Code del Banco de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
24	No. De Transit:	No. De Transit de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
25	Código bancario SWIFT:	Código bancario SWIFT de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
26	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
27	Euros:	Una X en el paréntesis si es el tipo de moneda de la cuenta donde se recibirá el pago de su pensión
28	Código bancario SWIFT:	Código bancario SWIFT de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
29	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
30	Código bancario IBAN:	Código bancario IBAN de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión
31	Otra Divisa especifique:	Una X en caso de ser una divisa diferente a las anteriores y especificar el tipo de divisa de la que se trate.
32	Código bancario SWIFT:	Código bancario SWIFT de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
33	Número de Cuenta:	Número de Cuenta de la Institución Bancaria donde se depositará su Pensión.
34	Tipo de Identificación Oficial:	Pasaporte, documento migratorio expedido por oficinas consulares de México en el extranjero, tarjeta de residencia, entre otros.
35	Número de Identificación:	Dependiendo del documento, el folio que lo identifica.
36		Marcar con una X el tipo de documento bancario que anexa (contrato bancario, estado de cuenta o documento emitido por la institución bancaria).
37	Observaciones:	Sólo utilice esta sección, en caso de requerir plantear algún aspecto relevante sobre el trámite que está realizando.
38	Firma o Huella digital del Pensionado:	Firma o Huella digital del Pensionado de enterado y de aceptación del trámite que está realizando.
39	Firma o Huella digital del Pensionado:	Firma o Huella digital del Pensionado de veracidad de los datos proporcionados.

gob.mx			
Instituto Mexicano del Seguro Social			
SOLICITUD PARA EL PAGO DE MENSUALIDADES NO COBRADAS O RECLAMO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A LA PENSIÓN			
COAD (1)			FOLIO NO. (4)
Subdelegación (2)			
Unidad Receptora (3)			
I. DATOS DEL PENSIONADO			
(5)	(5)	(5)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
(6)	(7)	(8)	
Número de Seguridad Social	C.U.R.P.	R.F.C. con Homoclave	
II. DATOS DEL SOLICITANTE			
(9)	(9)	(9)	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
(10)			(10)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.			Cobro
(10)	(11)	(11)	
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Correo Electrónico
III. DATOS DE LA PENSIÓN			
(13)			(14)
Regimen			Rama
(15)			(16)
Tipo de Pensión			Grupo Familiar
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO			
Se solicita el pago de mensualidades o diferencias:			
a) Por el pensionado <input type="checkbox"/> (17)			
b) Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado <input type="checkbox"/>			
Correspondiente(s) al(los) mes(es) de:			
_____ (18) _____ del año _____			
Por los siguientes motivos: _____ (19)			
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (20)			
DEL PENSIONADO:		DEL HIJO MENOR DE DIECIOCHO AÑOS:	
Identificación Oficial <input type="checkbox"/>		Copia certificada del Acta de Nacimiento <input type="checkbox"/>	
HUJOS MAYORES DE DIECIOCHO AÑOS CON INCAPACIDAD DE CINCUENTA POR CIENTO O MÁS:			
Copia certificada del Acta de Defunción <input type="checkbox"/>		Copia certificada del Acta de Nacimiento <input type="checkbox"/>	
		Dictamen ST-6 <input type="checkbox"/>	
HUJO MAYOR DE DIECIOCHO Y HASTA VENTICINCO AÑOS ESTUDIANTE:			
		Copia certificada de Acta de Nacimiento <input type="checkbox"/>	
		Constancia de estudios <input type="checkbox"/>	
DEL SOLICITANTE:		ASCENDIENTES QUE DEPENDÍAN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO:	
Identificación Oficial <input type="checkbox"/>		Copia certificada del Acta de Nacimiento <input type="checkbox"/>	
Comprobante de Domicilio <input type="checkbox"/>		Copia certificada de resolución judicial que acredite la dependencia económica <input type="checkbox"/>	
CONCUBINA O CONCUBINARIO:			
Manifestación por escrito del(los) solicitante(s) del pago de las mensualidades no cobradas en vida por el pensionado, a través de la cual exprese(n), bajo protesta de decir verdad, que las personas que suscriben dicha manifestación son las que prevé el artículo 301 de la Ley Federal del Trabajo mismas que se vinculan con el pensionado fallecido. <input type="checkbox"/>		Copia certificada de la resolución judicial que acredite la relación del concubinato <input type="checkbox"/>	
DE LA VIUDA:		LAS PERSONAS QUE DEPENDÍAN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO:	
Copia certificada del Acta de Matrimonio <input type="checkbox"/>		Copia certificada de resolución judicial que acredite la dependencia económica <input type="checkbox"/>	
DEL VIUDO:		EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:	
Copia certificada del Acta de Matrimonio <input type="checkbox"/>		Identificación Oficial <input type="checkbox"/>	
Copia certificada de resolución judicial que acredite la dependencia económica <input type="checkbox"/>		Documento que acredite la personalidad que ostente <input type="checkbox"/>	
Dictamen ST-6 <input type="checkbox"/>		Otros (describir) <input type="checkbox"/>	
			
		Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx	

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

VI. OBSERVACIONES (21)

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.
2. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 800-623-23-23.

(22)

Firma o huella digital del Solicitante

Elaboró
(23)
Matrícula, Nombre y Firma

Documento para uso exclusivo del IMSS.	(24) Lugar, Fecha y Sello	Autorizó (25) Matrícula, Nombre, Firma y Cargo
--	------------------------------	--

AVISO DE PRIVACIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, los cuales reciben y administran los datos que proporcionan los solicitantes en trámites y servicios institucionales, otorgando a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales a manifestación como donación para efectos del presente aviso de privacidad, se ubicado en Tronco, 21, primer piso, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para inventariar y administrar sus cuentas, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar sus expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y abono de los beneficios de "SaludPlus para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión", en todos sus expedientes. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede tener sobre su datos puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx








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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la forma:	Solicitud para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión.	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL PENSIONADO		
5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
8	R.F.C. con Homoclave:	Registro Federal de Contribuyentes, con homoclave del asegurado a trece posiciones, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través del Sistema de Administración Tributaria.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
9	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
10	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
11	Teléfono y Correo Electrónico :	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.
12	-En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social...	Asentar la respuesta "si" o "no", en los espacios en blanco, según corresponda.
III. DATOS DE LA PENSIÓN		
(Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)		
13	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.
14	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.


15	Tipo de Pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
16	Grupo Familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO		
17	Se solicita el pago de mensualidades o diferencias:	<p>Marcar con una "X" en el casillero que señala la persona que realiza la solicitud.</p> <p>a) Por el pensionado</p> <p>b) Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado</p>
18	Correspondiente(s) al (los) mes(es) de:	El mes de la fecha de las mensualidades no cobradas o reclamos de diferencias relativas a la pensión. Anotando el mes y por último el año.
19	...por los siguientes motivos:	Los motivos por los cuales desea hacer el reclamo para pago de mensualidades no cobradas o diferencias relativas a la pensión.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS		
20	Documentos adjuntos:	<p>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.</p> <p>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.</p>
VI. OBSERVACIONES		
21	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
22	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
23	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
24	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
25	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.

gov.mx			
Instituto Mexicano del Seguro Social			
SOLICITUD PARA PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1973			
COAD	(1)		
Subdelegación	(2)	FOLIO NO.	(4)
Unidad Receptora	(3)		
I. DATOS DEL PENSIONADO			
(5)	(6)	(7)	(8)
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
(9)	(10)	(11)	
Número de Seguridad Social		C.U.R.P.	
II. DATOS DEL SOLICITANTE			
(12)	(13)	(14)	(15)
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
(16)	(17)	(18)	(19)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.			Colonia
(20)	(21)	(22)	(23)
C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono	Código Electrónico
(24)			
<p>-En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social, para que se me informe de cualquier asunto relacionado con este trámite, al correo electrónico o número telefónico que proporcioné.</p> <p>-Transcurridos ocho días hábiles a la presentación de esta solicitud, me comprometo a acudir a esta ventanilla para enterarme sobre la procedencia de la solicitud de pensión.</p> <p>-Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que (sí o no) disfruto de alguna otra pensión concedida por el Instituto, al amparo del régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.</p> <p>-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que a la fecha de firma de la presente solicitud, (sí o no) he realizado disposición de recursos de mi cuenta individual.</p> <p>-Hago constar que los datos e información proporcionados, se encuentran actualizados a la fecha y me comprometo a informar a los Servicios de Prestaciones Económicas, cualquier modificación a los mismos.</p> <p>-Autorizo al personal de los Servicios de Prestaciones Económicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que me notifique de manera personal o a través de los medios de localización proporcionados, respecto de cualquier situación relacionada a la prestación económica.</p>			
III. DATOS DE LA PENSIÓN			
(25)	(26)	(27)	(28)
Régimen		Rama	
(29)	(30)	(31)	
Tipo de Pensión		Grupo Familiar	
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO			
Solicito me sea concedido un préstamo a cuenta de la pensión que actualmente disfruto bajo el Régimen de la Ley del Seguro Social 1973, estando conforme en que de ser favorecido con dicho préstamo, el mismo sea descotizado de mi pensión en mensualidades, por un plazo no mayor de 12 meses.			
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL PENSIONADO (16)			
Identificación Oficial	()	Otros (Describir)	()
VI. OBSERVACIONES (17)			
<p>1. El plazo el plazo máximo de la resolución: El mismo día en que se presenta la solicitud.</p> <p>2. De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de pensión.</p> <p>3. Los pensionados por Invalidez (definitiva), Riesgos de Trabajo (definitivo), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Viudez, Orfandad o Ascendientes del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973, podrán solicitar préstamo a cuenta de pensión antes el Instituto, cuyo plazo para el pago no podrá exceder de un año, siempre y cuando la cuantía de la pensión no se reduzca a una cantidad inferior a los mínimos establecidos por la Ley del Seguro Social. No se otorgarán préstamos a cuenta de pensión a los titulares de las pensiones alimenticias, por incapacidad Permanente (provisional) e Invalidez (temporal).</p> <p>4. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-86 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 800-823-23-23.</p>			
(18)			
Firma o huella digital del Solicitante			
Elaboró	(19)	(20)	Autorizó (21)
Matrícula, Nombre y Firma		Lugar, Fecha y Selo	Matrícula, Nombre, Firma y Cargo
Documento para uso exclusivo del IMSS.			
AVISO DE PRIVACIDAD			
<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, los cuales reciben y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad establecida por la Dirección de Protección Económica y Social, son responsables del uso y protección de sus datos personales y mantienen como derecho para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en "Hoja 21, primer piso, Colonia Juárez, Alameda Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. México, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto citará sus datos personales necesarios para verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y abono del trámite de "Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del régimen de la Ley del Seguro Social 1973", en todas sus modalidades. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx.</p>			
			Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la forma:	Solicitud para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973.	
Objetivo:	Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas.	
Número de tantos:	Original y dos tantos.	
Distribución:	Original: Expediente de pensión. Copia: Solicitante.	
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
I. DATOS DEL PENSIONADO		

5	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado.
6	No. de Seguridad Social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	C.U.R.P.:	Clave Única de Registro de Población.
II. DATOS DEL SOLICITANTE		
8	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante.
9	Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad:	Ubicación del domicilio del solicitante.
10	Teléfono y Correo Electrónico:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso.
11	-En este acto, autorizo al Instituto Mexicano del Seguro del Seguro Social...	Asentar la respuesta "sí" o "no", en los espacios en blanco, según corresponda.
III. DATOS DE LA PENSIÓN (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional)		
12	Régimen:	Clave del régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de régimen que corresponde al trámite solicitado.
13	Rama:	Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste.
14	Tipo de Pensión:	Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.
15	Grupo Familiar:	Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado.
IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO		
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL PENSIONADO		
16	Documentos adjuntos:	Una "X" el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación.
VI. OBSERVACIONES		
17	Observaciones:	Información adicional de conformidad al trámite.
18	Firma o Huella del Solicitante:	La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado.
19	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora.
20	Lugar, Fecha y Sello:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio.
21	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo.

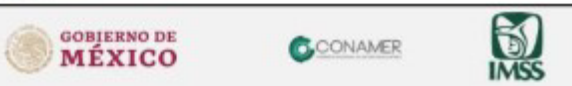
gob.mx			
Instituto Mexicano del Seguro Social			
SOLICITUD DE OTORGAMIENTO DE AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL			
COAD (1) Subdelegación (2) Unidad Receptora o velatorio IMSS (3)			FOLIO NO. (4)
(5)	ASEGURADO ()	PENSIONADO ()	
I. DATOS DEL ASEGURADO O PENSIONADO			
No. Seguridad Social (6)	C.U.R.P. (7)	Fecha de Defunción (8)	Ramo de Seguro (9)
Apellido Paterno	Apellido Materno (10)	Nombre (s)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (11)			
Colonia (11)	C.P. (11)	Ciudad o Entidad (11)	Teléfono (s) (11)
II. DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellido Paterno	Apellido Materno (12)	Nombre (s)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (13)		C.P. (13)	Correo Electrónico (13)
Ciudad o Entidad (13)	Teléfono(s) (13)	Institución bancaria (13)	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (13)
III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO (14)			
Identificación Oficial ()	CURP ()	Copia certificada del Acta de Defunción ()	Original de la factura de gastos de funeral ()
Estado de cuenta bancario con cuenta (CLABE) ()	Documento con NSS ()	Cuenta original de gastos de funeral ()	Otros (especificar) ()
Dictamen ST-7 ()	Copia Certificado de Defunción ()	Contrato de servicios funerarios en velatorio IMSS ()	
IV. DOCUMENTACIÓN ANEJA (15)			
Copia cotejada de identificación Oficial ()	Copia cotejada del Acta de Defunción ()	Cuenta original de gastos de funeral ()	
Copia cotejada estado de cuenta bancario con cuenta (CLABE) ()	Copia cotejada de la factura de gastos de funeral ()	Otros (especificar) ()	
Copia cotejada del contrato de servicios funerarios en el Velatorio IMSS ()	Copia cotejada del Certificado de Defunción ()		
V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS (FUNERAL)			
SERVICIO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS		SERVICIO DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS	
Pensión Vigente (16)	Responsable de la Certificación (18) Metrícula, nombre(s) y apellidos, firma y sello (o correo electrónico)	Con Derecho (19)	
Número Componente (17)			
VI. RESOLUCIÓN			
FUNERAL		Esboro	
No. de Cheque o Volante de pago o cuenta CLABE (20)			
Fecha de Emisión (21)			
Fundamento Jurídico (22) Art. 94 Fracc. I y 104, Ley del Seguro Social; ACDO AS2.HCT 240620174 P.DPES			
Metrícula y Firma			
OBSERVACIONES			
<ol style="list-style-type: none"> El trámite es gratuito y podrá ser solicitado en la Ventanilla del Control de Prestaciones de cualquier Unidad de Medicina Familiar. En Ayuda para Gastos de Funeral puede solicitar el importe de esta para cubrir el costo de los servicios funerarios en velatorios IMSS. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 800-386-24-66 o en la COMEX al 05-2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 800-623-23-23. Plazo de resolución: 12 días hábiles. 			
Entregó: (23) Metrícula, Nombre y Firma	(24) Lugar, Fecha y Sello	Cedo el importe de la ayuda para gastos de funeral para cubrir la cuenta de los servicios funerarios en velatorios IMSS: (25) Nombre y Firma	Recibió: (26) Nombre y Firma
Documento para uso exclusivo del IMSS			
			Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://serviciocontactoimss.com.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:	Solicitud de Otorgamiento de Ayudas.
Objetivo:	Asentar los datos del asegurado o pensionado para tramitar la ayuda de gastos de funeral, en los seguros de Riesgos de Trabajo o Enfermedades y Maternidad o en su caso, el solicitante deberá de asentar los datos del asegurado o pensionado.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. de elección del interesado o asegurado.
En U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora	
Número de Tantos:	Dos.
Distribución:	Un tanto: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. Un tanto: Interesado.
En U.M.F. Dependiente	
Número de Tantos:	Original y dos copias.

Distribución:		Original: Expediente, junto con el tanto que emita la U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora de la cual depende. 1ra. Copia: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite. 2da. Copia: Para el interesado.
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	Unidad Receptora:	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF).
4	Folio:	Número progresivo asignado a la solicitud.
5	Asegurado () Pensionado ()	Una "X" para indicar si la ayuda para gastos de funeral es de un asegurado o pensionado.
I. DATOS DEL ASEGURADO O PENSIONADO		
6	No. de Seguridad Social:	Número asignado por el Instituto al asegurado o pensionado.
7	C.U.R.P.:	Clave única de registro de la población compuesta de 18 caracteres.
8	Fecha de Matrimonio (DD/MM/AA):	Día, Mes, Año de celebración del matrimonio civil.
9	Ramo de Seguro:	Tipo de Seguro que se solicita la prestación (Riesgo de Trabajo o Enfermedad).
10	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre (s) del asegurado o pensionado fallecido.
11	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s):	Ubicación del domicilio del asegurado o pensionado según sea el caso en relación al trámite solicitado, de acuerdo con los datos consignados, así como su número telefónico, de contar con él. Nota: cuando no exista nomenclatura se anotará "domicilio conocido".
II. DATOS DEL SOLICITANTE (FUNERAL)		
12	Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante, quien puede ser el estipulado en la factura o cuenta original o a quien éste le ceda el derecho para realizar el trámite y cobro de la ayuda.
13	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s), correo electrónico: Institución bancaria; Cuenta CLABE bancaria estandarizada.	Ubicación del domicilio del solicitante, de acuerdo con los datos consignados en el recuadro, número telefónico y correo electrónico. Nombre de la institución bancaria donde se depositarán la ayuda. Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria a 18 posiciones.
III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO		
14	Documentación presentada para llenar el formato:	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Identificación oficial: () C.U.R.P.: () Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE: () Original de Factura de Gastos de Funeral: () Copia Certificado de Defunción: () Documento con NSS: () Copia certificada del Acta de Defunción: () Cuenta original de gastos de funeral: () Dictamen ST -7: () Copia Certificado de Defunción: () Otros (especificar): ()
IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA		
15		Una "X" para indicar los documentos que se anexan a la solicitud, de presentar otros especificarlos. Copia cotejada de la identificación oficial: () Copia cotejada del Acta de Defunción: () Copia cotejada de la cuenta original de Gastos de Funeral: () Copia cotejada del Estado de Cuenta Bancario con cuenta CLABE: () Copia cotejada de la Factura de Gastos de Funeral: () Otros (especificar): ()
V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS (FUNERAL)		




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

gob.mx		
Instituto Mexicano del Seguro Social		
SOLICITUD DE CELEBRACIÓN DE CONVENIO DE PAGO INDIRECTO Y REEMBOLSO DE SUBSIDIOS		
OOAD	(1)	
Subdelegación	(2)	
U.M.F. Tramitadora y de Control	(3)	
I. DATOS DE LA EMPRESA		
Nombre de la Empresa (4)	Registro Patronal (4)	Registro Patronal Único (5)
Domicilio Fiscal: Calle y Número (6)		
Colonia (6)	C.P. (6)	Ciudad o Entidad (6)
No. de la Escritura Pública o Testimonio Notarial o Acta Constitutiva de la Empresa: (7)	Volumen (8)	A la Escritura de (9)
Suscrita (10)	No. de Notario Público (11)	Nombre del Notario Público (12)
Lugar de Ubicación del Notario Público (13)		
II. DATOS DEL PATRÓN Y/O REPRESENTANTE LEGAL		
Apellido Paterno (14)	Apellido Materno (14)	Nombre (s) (14)
Cargo (15)		
III. DECLARACIONES		
<p>Bajo protesta de decir la verdad ante ese Instituto, respetuosamente expongo: Que vengo a solicitar se autorice a la empresa para: A) Hacer pagos por subsidios de incapacidades derivadas de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad que sean concedidas por ese Instituto en favor de nuestros trabajadores asegurados. B) Para recoger cheques y/o facturas que contengan la descripción de las incapacidades otorgadas a favor de nuestros trabajadores o de ser el caso, el importe se aplicará como reembolso en el número de cuenta proporcionado por la empresa, a la cual el Instituto deberá depositar el pago de subsidios. C) Para firmar y cobrar en su caso, en ese Instituto, los documentos que sean expedidos por cualquiera de los conceptos mencionados o por pago de diferencias en favor de los asegurados. D) Por su parte, _____ (16) se obliga a: 1. Hacerse responsable de cualquier reclamación que haga el asegurado contra el Instituto en relación con subsidios pagados de acuerdo con esta autorización, siempre que resulte fundada. 2. Al pagar las incapacidades de su trabajador asegurado, tendrá que recabar de éste un comprobante de dicho pago y lo conservará en su poder y a disposición del Instituto para cualquier reclamación relacionada con el mismo. Esta solicitud se realiza en virtud de pagar la empresa el subsidio correspondiente a sus empleados cuando ese Instituto les expida Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo.</p>		
IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD (17)		
Copia simple de la identificación oficial, para cotejo ()	Escrito señalando registro patronal, domicilio y número de trabajadores relacionados con dicho registro ()	
Original y copia simple del testimonio Notarial por el que se accedida la constitución de la persona moral, para cotejo ()	Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques a Institución Bancaria) ()	
Copia certificada del Poder Notarial ()	Original y copia de carta de acreditamiento de las personas autorizadas para recibir facturas y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios ()	
Copia de última liquidación de cuotas obrero - patronales ()	Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical, o de no existir ésta, escrito de los trabajadores expresando su consentimiento señalando nombre y número de () seguridad social	
Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto a la dirigencia de la organización sindical, en su caso ()		
Entregó: (18)	(19)	Recibió: (20)
Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal	Lugar, Fecha y Sello de la Empresa	Matrícula, Nombre, Firma y Sello
Documento para uso exclusivo del IMSS		
AVISO DE PRIVACIDAD		
<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto. Los datos recabados y administrados son datos que proporcionan los solicitantes de servicios y servicios institucionales, otorgados a la normalidad ciudadana por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, sus representantes del uso y protección de sus datos personales y modificados como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toluca, 21, primer piso, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06000, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizó sus datos personales recabados para verificar y acreditar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, otorgar los expedientes, Juras de datos y transferencia de datos personales para el otorgamiento y operación del trámite de "Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios", en todos sus procedimientos. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que usted puede ejercer al dato de información recabado a través de la página electrónica www.imss.gub.mx</p>		
		Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Cal. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:	Solicitud de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios.	
Objetivo:	Registrar y controlar antecedentes de la empresa que solicita celebración de Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios.	
Elaborado por:	Patrón o Representante Legal de la Empresa.	
Número de Tantos:	Original y copia.	
Distribución:	Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la Empresa.	
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	U.M.F. Tramitadora y de Control:	Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control.
I. DATOS DE LA EMPRESA		




4	Nombre de la empresa: Registro patronal:	Nombre o razón social de la Empresa que solicita la celebración del convenio. Número de registro patronal asignado a la empresa por el Instituto (de contar la empresa con varios registros patronales, anexar relación, indicando entidad y municipio de influencia de cada registro patronal).
5	Registro Patronal Único:	Número de registro patronal único, asignado a la empresa por el Instituto.
6	Domicilio fiscal: calle y número, colonia, C.P., ciudad o entidad	Ubicación del domicilio de la empresa solicitante.
7	No. de la escritura pública o testimonio notarial o acta constitutiva de la empresa:	No. de la Escritura pública o Testimonio notarial o Acta constitutiva de la empresa.
8	Volumen:	Número de volumen del libro en el que esté registrada el acta.
9	A la escritura de:	Tipo de la escritura que acredita la personalidad de quien celebra el convenio.
10	Suscrita:	Fecha de celebración de los hechos ante el C. notario público.
11	No. de notario público:	Número de notario público que dio fe del hecho.
12	Nombre del notario público:	Nombre completo del notario público que dio fe del hecho.
13	Lugar de ubicación del notario público:	Ubicación del domicilio del notario público calle, número interior o exterior, colonia, C.P., ciudad o entidad.
II. DATOS DEL PATRÓN Y/O REPRESENTANTE LEGAL		
14	Apellido paterno, materno y nombre(s):	Apellido paterno, materno y nombre(s) del patrón o representante legal de la empresa.
15	Cargo:	Cargo del patrón o representante legal de la empresa.
III. DECLARACIONES		
16	Por su parte, _____ se obliga a:	Nombre de la empresa.
IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD		
17	Documentación anexa al formato de solicitud:	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo: () Original y copia simple del testimonio Notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral, para cotejo: () Copia certificada del Poder Notarial: () Copia de última liquidación de cuotas obrero - patronales: () Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto a la dirigencia de la organización sindical, en su caso: () Escrito señalando registro patronal, domicilio y número de trabajadores relacionados con dicho registro: () Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria): () Original y copia de carta de acreditamiento de las personas autorizadas para recibir factura y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios: () Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical, o de no existir ésta, escrito de los trabajadores expresando su consentimiento señalando nombre y número de seguridad social: ()
18	Entregó: Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal:	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del patrón o representante legal de la empresa.
19	Lugar, Fecha y Sello de la Empresa:	Ciudad o entidad y día mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del servicio, en caso de contar con él.
20	Recibió: Matrícula, Nombre, Firma y Sello:	Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de recepción de la solicitud y sello del servicio de prestaciones económicas.

gob.mx		
Instituto Mexicano del Seguro Social		
SOLICITUD DE REGISTRO DE PAGO DE SUBSIDIOS EN CUENTA BANCARIA		
OOAD (1)		Fecha de emisión
Subdelegación (2)		
U.M.F. Tramitadora y de Control (3)		Folio
I. TIPO DE TRÁMITE		
Alta (4)	En línea () Presencial ()	Baja (4) En línea () Presencial ()
		Modificación (4) En línea () Presencial ()
II. DATOS PERSONALES		
Nombre completo: (5)		
Número de seguridad social: (6)	CURP: (7)	Institución bancaria: (8)
Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (9)	Tipo de identificación: (10)	Firma Electrónica avanzada (FIEL): (11)
III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN		
Correo electrónico (12)	Teléfono fijo: (13)	Teléfono celular: (14)
IV. DATOS MODIFICADOS O POR BAJA		
Institución bancaria: (8)	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (9)	
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO (15)		
Tipo de identificación (10)		
Credencial ADMSS ()	()	Cartilla del servicio militar ()
Credencial para votar ()	Pasaporte ()	Cédula de identidad personal ()
Documento Expedido por la Alcaldía (antes Delegación) o Municipio ()	Carta de naturalización ()	()
Documento migratorio ()	Tarjeta de residencia ()	()
Documento con NSS (6)		
IMSS ()	INFONAVIT ()	AFORE ()
Estado de cuenta bancaria con cuenta (CLABE) (8, 9) ()		
VI. VALIDACIÓN		
Elabora (16) Matrícula, nombre y firma	Lugar, Fecha y Sello (17)	Firma o huella digital del Solicitante (18)
Documento para uso exclusivo del IMSS		
AVISO DE PRIVACIDAD		
<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales. En razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales reciben y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Protección Económica y Social, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como requisito para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Tercero 21, primer piso, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales únicamente para verificar y confirmar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el cobro y operación del trámite de "Solicitud de registro de pago de subsidios en cuenta bancaria". Para mayor información acerca de tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx.</p>		
  		Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://atencion.consej@imss.com.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:	Solicitud de registro de pago de subsidios en cuenta bancaria	
Objetivo:	Realizar Alta, baja o modificación de la cuenta bancaria del asegurado para el pago de los subsidios.	
Elaborado por:	Asegurado.	
Número de Tantos:	Original y copia.	
Distribución:	Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la o el asegurado.	
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	U.M.F. Tramitadora y de Control:	Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control.
I. TIPO DE TRÁMITE		
4	Identificación del trámite:	Si es motivo de Alta, baja o modificación. De forma presencial o en línea.
II. DATOS PERSONALES		
5	Nombre completo:	Apellido paterno, materno y nombre(s).

6	Número de seguridad social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
7	CURP:	Clave Única de Registro de Población.
8	Institución bancaria:	Nombre de la institución bancaria donde se depositarán los importes.
9	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria.
10	Tipo de identificación:	Documento con el que acredite su personalidad.
11	Firma Electrónica avanzada:	Archivo digital que te identifica al realizar trámites por internet, emitido por el SAT.
III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN		
12	Correo electrónico:	Correo electrónico del solicitante.
13	Teléfono fijo:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir el acreditamiento.
14	Teléfono celular:	Número telefónico móvil donde se pueda localizar al solicitante.
IV. DATOS MODIFICADOS		
8	Institución bancaria:	Nombre de la institución bancaria donde se depositarán los importes.
9	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO		
15	Documentación anexa al formato de solicitud:	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo: () Documento que contenga el número de seguridad social: () Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE: ()
VI. VALIDACIÓN		
16	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de depósito de subsidios en cuenta bancaria y documentos probatorios en la Unidad Receptora.
17	Lugar, Fecha y Sello de la Empresa:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir.
18	Firma o huella digital del Solicitante:	Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste.

gob.mx		
Instituto Mexicano del Seguro Social		
SOLICITUD DE PAGO EN CUENTA BANCARIA DE LICENCIA POR CUIDADOS MÉDICOS DE HIJOS DE HASTA DIECISÉIS AÑOS, APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 140 BIS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.		
OOAD (1)		Fecha de emisión
Subdelegación (2)		
U.M.F. Tramitadora y de Control (3)		Folio
I. TIPO DE TRÁMITE		
Registro (4)	En línea () Presencial ()	Modificación (4) En línea () Presencial ()
II. DATOS PERSONALES		
Nombre completo: (5)		
Número de seguridad social: (6)	CURP: (7)	Institución bancaria: (8)
Cuenta Clave Bancaria Estandarizada: (9)	Tipo de identificación: (10)	Firma Electrónica avanzada (FEL): (11)
III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN		
Correo electrónico (12)	Teléfono fijo: (13)	Teléfono celular o móvil: (14)
IV. DATOS MODIFICACIÓN		
Institución bancaria: (8)	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE): (9)	
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO (15)		
Tipo de identificación (10)		
Credencial ADMSS ()	Cartilla del servicio militar ()	
Credencial para votar ()	Pasaporte ()	
Documento Expedido por la Delegación o Municipio ()	Carta de naturalización ()	
Documento migratorio ()	Tarjeta de residencia ()	
Documento con NSS (6)		
IMSS ()	INFONAVIT ()	AFORE ()
Estado de cuenta bancaria con cuenta (CLABE) (8, 9) ()		
VI. VALIDACIÓN		
Elaboró (16) Matrícula, nombre y firma	Lugar, Fecha y Sello (17)	Firma o huella digital del Solicitante (18)
Documento para uso exclusivo del IMSS		
<p style="text-align: center;">AVISO DE PRIVACIDAD</p> <p>El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales reciben y administran los datos que proporcionan los asegurados de fondos y servicios institucionales, atendiendo a la finalidad otorgada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toluca 21, primer piso, Colonia Juárez, Alkalife Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales únicamente para verificar y acreditar su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de "SOLICITUD DE PAGO EN CUENTA BANCARIA DE LICENCIA POR CUIDADOS MÉDICOS DE HIJOS DE HASTA DIECISÉIS AÑOS, APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 140 BIS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL". Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede tener usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx</p>		
  		Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México. Tel. 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre de la Forma:	Solicitud de pago en cuenta bancaria de licencia por cuidados médicos de hijos de hasta dieciséis años, aplicación del artículo 140 Bis de la Ley del Seguro Social.	
Objetivo:	Registro y modificación de la cuenta bancaria del asegurado para el pago de los subsidios.	
Elaborado por:	Asegurado.	
Número de Tantos:	Original y copia.	
Distribución:	Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control. Copia: para la o el asegurado.	
No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD:	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
2	Subdelegación:	Nombre de la Subdelegación.
3	U.M.F. Tramitadora y de Control:	Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control.
I. TIPO DE TRAMITE		
4	Identificación del trámite	Si es motivo de Alta, baja o modificación. De forma presencial o en línea.
II. DATOS PERSONALES		
5	Nombre completo:	Apellido paterno, materno y nombre(s).
6	Número de seguridad social:	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

7	CURP:	Clave Unica de Registro de Población.
8	Institución bancaria:	Nombre de la institución bancaria donde se depositarán los importes.
9	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria.
10	Tipo de identificación:	Documento con el que acredite su personalidad.
11	Firma Electrónica avanzada:	Archivo digital que te identifica al realizar trámites por internet, emitido por el SAT
III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN		
12	Correo electrónico:	Correo electrónico del solicitante.
13	Teléfono fijo:	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir el acreditamiento.
14	Teléfono celular:	Número telefónico móvil donde se pueda localizar al solicitante.
IV. DATOS MODIFICACIÓN		
8	Institución bancaria:	Nombre de la institución bancaria donde se depositarán los importes.
9	Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):	Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la Institución Bancaria.
V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO		
15	Documentación anexa al formato de solicitud:	Una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos. Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo: () Documento que contenga el número de seguridad social: () Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE: ()
VALIDACIÓN		
16	Elaboró: Matrícula, Nombre y Firma:	Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de depósito de subsidios en cuenta bancaria y documentos probatorios en la Unidad Receptora.
17	Lugar, Fecha y Sello de la Empresa:	Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir.
18	Firma o huella digital del Solicitante:	Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado responsable de recibir el trámite y en presencia de éste.

(R.- 550918)