

ACUERDO ACDO-HCT.131206/591.P.(D.I.R.) dictado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la sesión del 13 de diciembre de 2006.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 13 de diciembre de 2006, dictó el ACDO-HCT.131206/591.P.(D.I.R.), en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto en los Artículos 251 fracciones XIII y XXXVII, 263 y 264 fracciones III y XVII de la Ley del Seguro Social, y 31 fracciones XI y XX del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, de conformidad con los Artículos 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y 3 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y la propuesta de la Dirección de Incorporación y Recaudación, a que se refiere su oficio 859 del 6 de diciembre de 2006, Acuerda: **Primero.-** Aprobar en términos de lo dispuesto por el Artículo 71 fracción III del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, los formatos siguientes: **a)** Solicitud de Inscripción a la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio, Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (C.V.R.O. 01), Anexo 1; **b)** Solicitud de Inscripción de Beneficiarios Padres (SAV 03), Anexo 2; **c)** Solicitud de Inscripción de Concubina o Concubinario (SAV 04), Anexo 3; y **d)** Relación de Trabajadores no Considerados en Estado de Huelga (PH-01), Anexo 4. **Segundo.-** Instruir a la Dirección Jurídica a efecto de que proceda al trámite de publicación en el Diario Oficial de la Federación, del presente Acuerdo, así como de los formatos anexos al mismo. **Tercero.-** Los formatos aprobados en términos del Punto Primero del presente Acuerdo, entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Atentamente

México, D.F., a 9 de enero de 2007.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.**- Rúbrica.

Instructivo de Llenado del Formato

Solicitud de Inscripción a la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio,

Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez

C.V.R.O. 01

A: Instrucciones Generales

1. Elabora:

1.1. Patrón y empleado de la oficina del IMSS

2. El Instituto proporcionará el formato al interesado, el cual deberá registrar los datos solicitados en el primer recuadro y firmar en forma autógrafa.

3. El interesado deberá expresar, la fecha y el salario con el que desea quedar inscrito en la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio conforme a lo estipulado a la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.

4. El Personal del Instituto, deberá llenar los recuadros denominados: II.- Certificación de Movimientos Afiliatorios de las últimas 52 semanas reconocidas, III.- Certificación de la C.V.R.O. y IV Opción, con la información obtenida de la Base de Datos del Instituto.

5. Documentos o Formatos Adicionales:

- 5.1. Cualquier documento expedido por el IMSS que contenga el Número de Seguridad Social;
 - 5.2. Identificación oficial con fotografía y firma (Credencial para votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional);
 - 5.3. Recibo de pago de la cuota obrero patronal correspondiente;
 - 5.4. Comprobante de domicilio;
 - 5.5. Tratándose de reingreso, comprobante de pago de las cuotas obrero patronales del período anterior
- 6. Unidad administrativa ante la que se presenta el trámite:**
- 6.1. En la Subdelegación y Oficinas Administrativas en los Municipios, que corresponda de acuerdo a su domicilio, en el horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

B: Instrucciones Específicas

- 1. Delegación:
 - 1.1. Anotar el nombre de la Delegación de control de acuerdo al domicilio del interesado.
- 2. Subdelegación:
 - 2.1. Anotar el nombre de la Subdelegación correspondiente de acuerdo al domicilio del interesado.
- 3. Datos del Solicitante, para ser llenado por el interesado.
 - 3.1. Nombre
 - 3.1.1. Registrar el nombre completo del interesado, marcando apellido paterno, materno y nombre(s).
 - 3.2. Número de Seguridad Social;
 - 3.2.1. El Número de Seguridad Social asignado por el Instituto y su dígito verificador en once posiciones.
 - 3.3. C.U.R.P.
 - 3.3.1. Clave Unica de Registro de Población del asegurado (18 posiciones)
 - 3.4. Domicilio
 - 3.4.1. Anotar el domicilio completo del interesado: calle, número exterior e interior, colonia, entidad o municipio y código postal.
 - 3.5. Fecha de solicitud:
 - 3.5.1. Registrar la fecha en que es presentado el formato en la Subdelegación u Oficinas Administrativas en los Municipios, que corresponda de acuerdo a su domicilio.

3.6. Firma del solicitante:

3.6.1. Firma autógrafa del solicitante.

4. Certificación de Movimientos Afiliatorios de las últimas 52 semanas reconocida. (Exclusivo para el IMSS)

4.1. Registro Patronal.

4.1.1. Cronológicamente se anotarán los números de los últimos Registros Patronales con los que se encontró registrado al interesado.

4.2. Fecha de Movimiento

4.2.1. Reingreso:

4.2.1.1. Registrar la fecha del último movimiento de reingreso que se presenta en la cuenta individual del solicitante, por cada uno de los Registros Patronales encontrados.

4.2.2. Baja:

4.2.2.1. Registrar la fecha del último movimiento de baja registrado en la cuenta individual del solicitante, por cada uno de los Registros Patronales encontrados.

4.3. No. de Semanas:

4.3.1. Registrar el número de semanas cotizadas resultante de la diferencia obtenida entre la fecha de ingreso o reingreso del trabajador contra la fecha de baja registrada en la base de datos del Instituto.

5. Certificación de C.V.R.O. (Exclusivo para el IMSS)

5.1. Con Derecho

5.1.1. Registrar en el espacio correspondiente si el interesado tiene o no derecho a la Continuación Voluntaria.

5.1.2. Último salario registrado

5.1.2.1. Anotar el último salario registrado en la Base de Datos del Instituto

5.1.3. Fecha de Certificación:

5.1.3.1. Anotar la fecha en que se efectuó la certificación del derecho a la Continuación Voluntaria.

5.1.4. Nombre y Firma del Responsable:

5.1.4.1. El Jefe del Departamento de Afiliación Vigencia en la Subdelegación, deberá anotar su nombre y firma autógrafa.

6. Opción: (Exclusivo para el IMSS).

6.1. A partir de:

6.1.1. El interesado deberá expresar su voluntad e informar a partir de que fecha es su decisión pagar la Continuidad Voluntaria, la cual puede ser:

6.1.1.1. A partir de la fecha de la solicitud o;

6.1.1.2. A partir de la fecha de la baja.

6.1.2. Salario en el que desea cotizar. Puede ser el salario con el que fue dado de baja como asegurado o el que determine el interesado.

6.1.3. Firma del solicitante:

6.1.3.1. Asentar la firma autógrafa o huella digital del Interesado.

“Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención a la Ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 54.80.20.00 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01.800.00.14800, o al 1.888.594.3372 desde Estados Unidos y Canadá.

SAV003

Dirección de Incorporación y Recaudación

Servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS PADRES

Deberá ser requisitada por el Asegurado (a) Pensionado (a) que registra Beneficiarios Padres				
U.M.F.:				
Fecha y lugar:				
Datos generales del solicitante				

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)				
CURP			NSS	
Fecha de nacimiento _____				
Día Mes Año				
Lugar de nacimiento:				
Estado Civil: Casado () Soltero () Divorciado () Unión Libre () Viudo ()				
Fecha de inicio del estatus: _____				
Mes Año				
Domicilio:				

Calle	Número	Colonia	C.P.	Delegación o Municipio
Documentos para comprobar domicilio del solicitante				
Recibos de: Renta () Agua () Luz () Gas () Teléfono () Impuesto Predial () Otro ()				
Documentos para comprobar identidad del solicitante				

() Credencial de elector: Número de folio _____ Año de registro _____

() Cédula Profesional No.: _____

() Cartilla S.M.N. No.: _____ () Pasaporte No.: _____

() Otra identificación oficial con fotografía y firma No.: _____ Expedida por: _____

Documentos para comprobar identidad del beneficiario(s) propuestos:

PADRE:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

() Credencial de elector: Número de folio _____ Año de registro _____

() Pasaporte No.: _____

() Cartilla S.M.N. No.: _____ () Cédula Profesional No.: _____

() Otra identificación oficial con fotografía y firma No.: _____ Expedida por: _____

MADRE

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

() Credencial de elector: Número de folio _____ Año de registro _____

() Pasaporte No.: _____

() Cédula Profesional No.: _____

() Otra identificación oficial con fotografía y firma No.: _____ Expedida por: _____

Documentos para comprobar parentesco

() Acta de nacimiento del trabajador(a).

() Acta de reconocimiento del trabajador(a).

() Acta de adopción del trabajador(a).

Del acta presentada; Libro: _____ Folio: _____ Foja: _____ Fecha de Registro: _____

Lugar y Fecha de expedición: _____

Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado Sistema de Registro de Beneficiarios, con fundamento en los artículos 84 de la Ley del Seguro Social y, 67 y 68 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y cuya finalidad es contener, proteger, ordenar y clasificar los datos de los derechohabientes del Instituto (asegurados y sus beneficiarios), el cual fue registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Medicina Familiar o la Subdelegación de control del domicilio del asegurado. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Nombre y Firma del Solicitante

IMSS

SAV003

DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION

SERVICIOS DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DERECHOS

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE BENEFICIARIOS PADRES

Declaro decir verdad y advertido(a) de las penas en que incurre quien se declara con falsedad, ratifico que todos los datos asentados son verídicos y que, en caso de probarse lo contrario, se cancelará el registro de(los) beneficiario(s) propuesto(s) y si el Instituto otorgó alguna prestación o servicio a dicho(s) beneficiario(s), me comprometo a cubrir el importe de las prestaciones otorgadas, así como en su caso, hacerme acreedor(a) a las sanciones que para el delito de fraude se señalan en el Código Penal Federal, pues así lo tipifica la Ley del Seguro Social, con fundamento en el artículo 310 y 314, para aquél que obtenga o propicie la obtención de los seguros, prestaciones y servicios que la misma 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, firmando al calce para constar.

Así mismo, me comprometo a informar cualquier cambio en los datos proporcionados que originaron el registro de mi(s) beneficiario(s).

Nombre y firma del Solicitante

DETERMINACION DEL DERECHO

() Se rechaza la solicitud

() Se autoriza la inscripción

Nombre y firma del empleado responsable

Nombre y firma del Jefe del Departamento, Oficina o Area

Instructivo de Llenado del Formato

Solicitud de Inscripción de Beneficiarios Padres

SAV 003

A. Instrucciones Generales

1. Elabora:

1.1. Este formato deberá ser llenado por el solicitante.

2. El asegurado(a) o pensionado(a) deberá firmar la solicitud o asentar su huella digital, en presencia del empleado institucional.

3. Documentos o formatos adicionales:

3.1. Documentos para comprobar domicilio del solicitante (Recibos de: renta, agua, luz, gas, teléfono, Impuesto Predial).

3.2. Documentos para comprobar identidad del solicitante Identificación Oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte, Cédula Profesional).

3.3. Documentos para comprobar identidad del (los) beneficiario(s) propuesto(s): credencial para votar, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Cédula Profesional,

4. Unidad Administrativa ante la que se presenta el trámite:

4.1. La Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado(a) o pensionado(a) que le corresponde de acuerdo con su domicilio en un horario de 8:00 a 19:30 Horas de lunes a viernes o

4.2. En la Subdelegación de control en caso de que no exista el trámite en la Unidad de Medicina Familiar, en el horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

“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 54.80.20.00 en el Distrito Federal y área Metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01.800.00.14800 o al 1.888.594.3372 desde Estados Unidos y Canadá.

B. Instrucciones Específicas

Anverso

1. U.M.F.

1.1. Número de la Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado o pensionado.

2. Fecha y Lugar

2.1. Día, mes y año así como el lugar de donde se realiza el trámite.

3. Datos Generales del Solicitante:

3.1. **Nombre completo:** Apellido paterno, materno y nombre (s) manifestados por el asegurado mediante documento.

3.2. **C.U.R.P.** Clave Unica de Registro de Población del asegurado en sus 18 posiciones.

3.3. **N.S.S.** El número y dígito verificador del asegurado o pensionado en once posiciones, proporcionado por el Instituto.

3.4. **Fecha de nacimiento:** Día, mes y año.

3.5. **Lugar de nacimiento:** Estado o localidad.

3.6. Estado civil: Registrar una cruz, señalando si el solicitante es casado, soltero, divorciado, unión libre o viudo.

3.7. Fecha de inicio del status: Fecha a partir de la cual se encuentra en el estado civil manifestado.

3.8. Domicilio: Calle, número exterior, interior, colonia, código postal, Delegación o Municipio.

4. Documentos para comprobar el domicilio del solicitante: Anotar una cruz señalando que tipo de documento o recibo presenta.

- Renta;
- Agua;
- Luz;
- Gas;
- Teléfono;
- Impuesto predial;
- Otro

5. Documentos para comprobar la identidad del solicitante: anotar con una cruz señalando que tipo de documento presenta.

- Credencial para votar (número de folio y año de registro);
- Pasaporte y su número;
- Cartilla del Servicio Militar Nacional y su número;
- Cédula profesional y su número;
- Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).

6. Documentos para comprobar la identidad de los beneficiarios propuestos: anotar el nombre de la madre, del padre o de ambos, según corresponda, y una cruz señalando que tipo de documento presenta.

Padre:

- Credencial para votar (número de folio y año de registro);
- Pasaporte y su número;
- Cartilla del Servicio Militar Nacional y su número;
- Cédula profesional y su número;

- Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).

Madre:

- Credencial de elector (número de folio y año de registro);
- Pasaporte y su número;
- Cédula profesional y su número;
- Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).

7. Documentos para comprobar el parentesco: Anotar una cruz en el paréntesis señalando el tipo de documento que presenta.

- Acta de Nacimiento del trabajador (a) número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
- Acta de Reconocimiento del trabajador (a) número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
- Acta de Adopción del trabajador (a) número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;

8. Nombre y Firma del solicitante

Reverso

9. Nombre y Firma del Solicitante: Nombre y firma del asegurado que registra beneficiarios padres.

10. Determinación del Derecho: Este espacio es llenado por personal del IMSS

11. Nombre y Firma del empleado responsable. El empleado del IMSS que realice el trámite deberá asentar su nombre y firma.

12. Nombre y Firma del Jefe del Departamento: El Jefe del Departamento, Oficina o Area deberá anotar su nombre (s), apellido paterno, apellido materno, y firmara como responsable del trámite efectuado.

SAV004

Dirección de Incorporación y Recaudación

Servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE CONCUBINA O CONCUBINARIO

Deberá ser requisitada por el Asegurado (a) Pensionado (a) que registra Beneficiario Concubina (rio)

U.M.F.:

Fecha y lugar:

Datos generales del solicitante

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

CURP

NSS

Fecha de nacimiento

Día Mes Año

Lugar de nacimiento:

Estado civil: Casado () Soltero () Divorciado () Unión Libre () Viudo ()

Fecha de inicio del estatus: :

Mes Año

Domicilio:

Calle

Número

Colonia

C. P.

Delegación o Municipio

Documentos para comprobar domicilio del solicitante

Recibos de: Renta () Agua () Luz () Gas () Teléfono () Impuesto Predial () Otro ()

Documentos para comprobar identidad del solicitante

() Credencial de elector: Número de folio Año de registro

() Cartilla S.M.N. No.:

() Pasaporte No.: () Cédula Profesional No.:

() Otra identificación oficial con fotografía y firma No.: Expedida por:

Nombre de la concubina o concubinario

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Documentos para comprobar identidad del beneficiario propuesto:

() Credencial de elector: Número de folio Año de registro

() Cartilla S.M.N. No.:

() Pasaporte No.: () Cédula Profesional No.:

() Otra identificación oficial con fotografía y firma No.: Expedida por:

Documentos para comprobar hijos comunes

Nombre del hijo primogénito:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

() Acta de nacimiento:

Libro: Folio: Foja:

Fecha de Registro: Lugar de Expedición:

() Acta de reconocimiento:

Libro: _____ Folio: _____ Foja: _____

Fecha de Registro: _____ Lugar de Expedición: _____

() Otra acta civil:

Libro: _____ Folio: _____ Foja: _____

Fecha de Registro: _____ Lugar de Expedición: _____

Nombre y Firma del Solicitante

IMSS

SAV004

DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION

SERVICIOS DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DERECHOS

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE BENEFICIARIO

CONCUBINA O CONCUBINARIO

Declaro decir verdad y advertido(a) de las penas en que incurre quien se declara con falsedad, ratifico que todos los datos asentados son verídicos y que, en caso de probarse lo contrario, se cancelará el registro de(los) beneficiario(s) propuesto(s) y si el Instituto otorgó alguna prestación o servicio a dicho(s) beneficiario(s), me comprometo a cubrir el importe de las prestaciones otorgadas, así como en su caso, hacerme acreedor(a) a las sanciones que para el delito de fraude se señalan en el Código Penal Federal, pues así lo tipifica la Ley del Seguro Social, con fundamento en el artículo 310 y 314, para aquél que obtenga o propicie la obtención de los seguros, prestaciones y servicios que la misma 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, firmando al calce para constar.

Así mismo, me comprometo a informar cualquier cambio en los datos proporcionados que originaron el registro de mi(s) beneficiario(s).

"Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado Sistema de Registro de Beneficiarios, con fundamento en los artículos 84 de la Ley del Seguro Social y, 67 y 68 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y cuya finalidad es contener, proteger, ordenar y clasificar los datos de los derechohabientes del Instituto (asegurados y sus beneficiarios), el cual fue registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Medicina Familiar o la Subdelegación de control del domicilio del asegurado. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Nombre y firma del Solicitante

DETERMINACION DEL DERECHO

() Se rechaza la solicitud

() Se autoriza la inscripción

Nombre y firma del empleado responsable

Nombre y firma del Jefe del Departamento, Oficina o Area

Instructivo de Llenado del Formato

Solicitud de Inscripción de Concubina o Concubinario

SAV 004

1. Elabora:

1.1. Este formato deberá ser llenado por el solicitante.

2. El asegurado(a) o pensionado(a) deberá firmar la solicitud o asentar su huella digital, en presencia del empleado institucional.

3. Documentos o formatos adicionales:

3.1. Documentos para comprobar el domicilio del solicitante (Recibos de: Renta, Agua, Luz, Gas, Teléfono, Impuesto Predial).

3.2. Documentos para comprobar la identidad del solicitante: Identificación Oficial con fotografía y firma (Credencial para Votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional).

3.3. Documentos para comprobar la identidad del (los) beneficiario(s) propuesto(s): (Credencial de elector, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Cédula Profesional).

3.4. Documentos para comprobar hijos comunes: Nombre del hijo primogénito: Acta de nacimiento, Acta de reconocimiento, otra acta civil:

4. Unidad Administrativa ante la que se presenta el trámite:

4.1. La Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado(a) o pensionado(a) que le corresponde de acuerdo con su domicilio en un horario de 8:00 a 19:30 Horas de lunes a viernes o

4.2. En la Subdelegación de control en caso de que no exista el trámite en la Unidad de Medicina Familiar, en el horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

“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 54.80.20.00 en el Distrito Federal y área Metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01.800.00.14800 o al 1.888.594.3372 desde Estados Unidos y Canadá.

B. Instrucciones Específicas

Anverso

1. U.M.F.

1.1. Número de la Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado o pensionado.

2. Fecha y Lugar:

2.1. Día, Mes y año así como el lugar de donde se realiza el trámite.

3. Datos Generales del Solicitante:

3.1. **Nombre completo:** (Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) manifestados por el asegurado mediante documento).

3.2. **C.U.R.P.** Clave Unica de Registro de Población del asegurado en sus 18 posiciones.

3.3. **N.S.S.** El número y dígito verificador del asegurado o pensionado en once posiciones, proporcionado por el Instituto.

3.4. **Fecha de nacimiento:** Anotar día, mes y año.

3.5. **Lugar de nacimiento:** Estado o Localidad

3.6. **Estado civil:** Registrar una cruz, señalando si el solicitante es casado, soltero, divorciado, unión libre o viudo.

3.7. **Fecha de inicio del status:** Fecha a partir de la cual se encuentra en el estado civil manifestado.

3.8. **Domicilio:** Calle, número exterior, interior, colonia, código postal, delegación o municipio

4. Documentos para comprobar el domicilio del solicitante: Anotar una cruz señalando que tipo de documento o recibo presenta:

- Renta
- Agua
- Luz.
- Gas
- Teléfono
- Impuesto predial.
- Otro

5. Documentos para comprobar identidad del solicitante: Anotar una cruz señalando que tipo de documento o recibo presenta:

- Credencial de elector; (Número de folio y año de registro).

- Pasaporte y su número;
- Cartilla del Servicio Militar Nacional y su número;
- Cédula profesional y su número;
- Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).

6. Nombre de la concubina o concubinario: Apellido paterno, materno y nombre (s) manifestados por el asegurado mediante documento.

7. Documentos para comprobar identidad del beneficiario propuesto: Anotar una cruz señalando que tipo de documento presenta:

- Credencial de elector. (número de folio y año de registro de su credencial para votar).
- Pasaporte y su número;
- Cartilla del Servicio Militar Nacional. número de la misma. (Este documento solo se presenta si el beneficiario es del sexo masculino),
- Cédula profesional y su número:
- Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).

8. Documentos para comprobar hijos comunes:

- Acta de Nacimiento; número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
- Acta de reconocimiento; número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
- Otra acta civil; número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;

9. Nombre y firma del solicitante: Nombre y firma del asegurado o pensionado que registra beneficiaria (o) concubina (rio).

Reverso

10. Nombre y firma del Solicitante. Nombre y firma del asegurado o pensionado que registra beneficiaria (o) concubina (rio).

11. Determinación del derecho: Este espacio es llenado por personal del IMSS

12. Nombre y firma del empleado responsable: El empleado que realice el trámite deberá asentar su nombre y firma.

13. Nombre y firma del Jefe del Departamento: El Jefe del Departamento, Oficina o Area deberá anotar su nombre (s), apellido paterno, apellido materno, y firmará como responsable del trámite efectuado.

2. El Instituto proporcionará el formato al patrón, el cual deberá registrar los datos solicitados en el primer recuadro y firmar en forma autógrafa.

3. Documentos o Formatos Adicionales:

3.1. Escrito libre comunicando el estallamiento de la huelga;

3.2. Constancias que acrediten el estallamiento de la huelga

3.3. Identificación oficial con fotografía y firma (Credencial para Votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional);

3.4. Tarjeta de Identificación Patronal

4. Unidad administrativa ante la que se presenta el trámite:

4.1. En la Subdelegación y Oficinas Administrativas en los Municipios, que corresponda de acuerdo a su domicilio, en el horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

B: Instrucciones Específicas

1	Registro Patronal	Número del Registro Patronal con el dígito verificador
2	Nombre o razón social	Nombre o razón social de la empresa en huelga
3	Número de seguridad social	Número de seguridad social de cada trabajador no considerado en el estado de huelga.
4	CURP	Clave Unica de Registro de Población de cada trabajador en sus dieciocho posiciones
5	Nombre del trabajador	Nombre completo de cada trabajador
6	Sello de la empresa	En caso de que lo tenga.
7	Nombre y firma del patrón o representante legal	En forma autógrafa
8	Lugar y fecha	Lugar y fecha de elaboración

“Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención a la Ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 54.80.20.00 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01.800.00.14800, o al 1.888.594.3372 desde Estados Unidos y Canadá.

(R.- 244798)