

ACUERDO 482/2006 del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, dictado en sesión celebrada el 30 de octubre 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 30 de octubre del presente año, dictó el Acuerdo número 484/2006, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en los Artículos 251 fracciones IV y XXXVII, 263 y 264 fracciones III, XIV y XVII de la Ley del Seguro Social, y 31 fracciones IV, XI y XX del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, de conformidad con los Artículos 69-M y 69-O de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, y en términos de la solicitud que presenta la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales con oficio 2069 del 9 de octubre de 2006, **ACUERDA: Primero.-** Aprobar los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar, así como los plazos máximos de resolución y vigencia de ésta, respectivamente, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, cuando dicha información no esté prevista en la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y disposiciones aplicables de manera supletoria. **Segundo.-** Aprobar el Anexo A que contiene la información a que se refiere el punto anterior, así como el Anexo B, que comprende los formatos y sus instructivos de llenado que respaldan los procesos y trámites correspondientes a las prestaciones económicas, respectivamente, anexos que se acompañan al presente Acuerdo formando parte del mismo, los cuales entrarán en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. **Tercero.-** Instruir a las unidades administrativas de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales que apliquen los trámites señalados en el Anexo A y los formatos del Anexo B, a que observen lo dispuesto en este Acuerdo en el desahogo de los mismos y resuelvan las dudas o aclaraciones que con motivo de su aplicación se presenten. **Cuarto.-** Instruir a la Dirección Jurídica para que una vez concluidos los trámites administrativos a que haya lugar, se gestione la publicación del presente Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación".

Atentamente

México, D.F., a 14 de noviembre de 2006.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García**.- Rúbrica.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

2006, Año del Bicentenario del natalicio del Benemérito de las Américas,

Don Benito, Juárez García

ANEXO "A"

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



Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
Solicitud de Pensión de Invalidez:	<p>21 Días Naturales</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanudará, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas.</p> <p>En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanudará el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.</p>	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	<p>Los datos del formato Solicitud de Pensión:</p> <p>Datos:</p> <p>Del asegurado:</p> <p>Sexo</p> <p>Estado Civil</p> <p>Fecha de nacimiento</p> <p>Prestación que solicita</p> <p>Teléfono (donde se localice al asegurado)</p> <p>Documentos:</p> <p>Del asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Credencial del asegurado o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo.
Solicitud de Pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez:	<p>21 Días Naturales</p> <p>El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanudará, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas.</p> <p>En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanudará el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.</p>	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	<p>Los datos del formato Solicitud de Pensión:</p> <p>Datos:</p> <p>Del asegurado:</p> <p>Sexo</p> <p>Estado Civil</p> <p>Fecha de nacimiento</p> <p>Prestación que solicita</p> <p>Teléfono (donde se localice al asegurado)</p> <p>Documentos:</p> <p>Del asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Credencial del asegurado o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo.

ANEXO B Formatos e instructivos de llenado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES	
COORDINACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS	
Delegación	No. de Folio:
Subdelegación	SOLICITUD DE PRESTAMO
U.M.F.	A CUENTA DE PENSION
	(PRES-01)
México, _____ a _____ de _____ de 20_____.	
<p>Instituto Mexicano del Seguro Social. Presente. Con fundamento en lo establecido en el artículo 127 de la Ley del Seguro Social de 1973, solicito me sea concedido un préstamo a cuenta de la pensión que actualmente disfruto en el régimen 73, estando conforme en que de ser favorecido con dicho préstamo, el mismo sea descontado de mi pensión en mensualidades, por un plazo no mayor de 12 meses.</p>	
DATOS DEL TITULAR	
<p>_____</p> <p>C.U.R.P. No. Seguridad Social Pensión que recibe</p> <p>_____</p> <p>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)</p> <p>_____</p> <p>Domicilio: Calle y Número Colonia C.P.</p> <p>_____</p> <p>Ciudad o Entidad Teléfono</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma o Huella Digital del Pensionado</p>	
Observaciones:	
<p>1. De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de pensión.</p> <p>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 01551454-2393 en el D.F. y área metropolitana; del interior de la República sin costo para el usuario al 01800001120-584; y desde Estados Unidos y Canadá al 01800 475-2393</p>	
Autorizó:	Sello
El Jefe del Servicio de Prestaciones Económicas:	_____
	Elaboró: Nombre y Matrícula

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Objetivo	Tramitar el préstamo, a los pensionados que lo soliciten, a cuenta de la pensión otorgada bajo el régimen 73.
Nombre de la forma	Solicitud de Préstamo a Cuenta de Pensión
Clave	PRES-01
Llenado Por	El solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa y se presentará en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) que le corresponde al pensionado.
Número de Tantos	Original y dos copias.
Distribución	Original y 1a. copia: Expediente del pensionado 2a. copia: Interesado.
INDICACIONES PARA EL LLENADO	
No. de Dato	Son los campos que se deberán llenar.
1. Delegación	Nombre y Clave de identificación de la Delegación que le corresponde de acuerdo a la pensión que está recibiendo. (Dato que llenará el personal de Prestaciones Económicas).
2. Subdelegación	Nombre y Clave de identificación de la Subdelegación que le corresponde de acuerdo a la pensión que está recibiendo. (Dato que llenará el personal de Prestaciones Económicas)
3. U.M.F.	Siglas y número de la U.M.F. en donde presenta la solicitud.

4. Fecha	Lugar, día, mes y año de elaboración de la solicitud.
5. Petición	Instituto Mexicano del Seguro Social. Presente. Con fundamento en lo establecido en el Artículo 127 de la Ley del Seguro Social de 1973, solicito me sea concedido un préstamo a cuenta de la pensión que actualmente disfruto, en el régimen 73, estando conforme en que de ser favorecido con dicho préstamo el mismo sea descontado de mi pensión en mensualidades, por un plazo no mayor de doce meses.
DATOS DEL TITULAR	
6. C.U.R.P.	Clave Unica de Registro de Población que se le asignó al pensionado
7. Número de Seguridad Social	Número de Seguridad Social del pensionado.
8. Nombre	Empezar por apellidos paterno, materno y nombre (s) del titular de la pensión.
9. Pensión que recibe	Señalar la pensión que está recibiendo el solicitante.
10. Domicilio	Ubicación del domicilio del pensionado, conteniendo: Calle, número exterior e interior en su caso, colonia y código postal.
11. Teléfono	Número telefónico donde se pueda localizar al pensionado y que sea de la ciudad donde tramite el préstamo (no celular).
12. Firma o huella digital	Recabar la firma o huella digital del interesado.
13. Observaciones.	1.- De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de la pensión. 2.- Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01 (55) 14 54-2393 en el DF y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01800001120-584; y desde Estados Unidos y Canadá al 01 800 475-2393
14. Autorizó	Nombre y firma del jefe del Departamento de Pensiones.
15. Sello	Sello de la oficina que recibió la solicitud.
16. Nombre, firma y matrícula	Nombre completo, firma y matrícula del empleado que recibió la solicitud.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES

COORDINACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS



Forma IMSS (2)/(42)

Delegación		SOLICITUD DE PENSION				
Subdelegación						
U.M.F.						
I. DATOS DEL ASEGURADO						
_____ M () F () _____						
C.U.R.P. Número de Seguridad Social Sexo Fecha de Nacimiento Fecha de Defunción						

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Estado Civil AFORE (Nombre)						
II. DATOS DEL SOLICITANTE						

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Teléfono						

Domicilio: Calle y No. Colonia C.P. Ciudad o Entidad						
III. BENEFICIARIOS LEGALES DEL ASEGURADO						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha Nacimiento	Parentesco	Sexo	CURP
IV Por considerar cubiertos los requisitos que consigna la Ley del Seguro Social, solicito pensión de:						
Invalidez ()		Retiro ()		Orfandad ()		
Cesantía en Edad Avanzada ()		Asignación Familiar ()		Incapacidad Permanente ()		
Vejez ()		Viudez ()		Ascendientes ()		
Ayuda Asistencial ()						
a) En caso de tratarse de Incapacidad Permanente con valuación de hasta el 25% procederá como forma de pago la Indemnización Global (I.G.); si la valuación es mayor al 50% corresponderá invariablemente el pago de una pensión, en caso de que el porcentaje de valuación sea mayor al 25% y hasta el 50% podrá optar entre Indemnización Global o Pensión y no procederá modificar la forma de pago una vez elegido. (art. 58 fracción III).						
b) Si la valuación es mayor a 25% y hasta el 50% elijo como forma de pago:						
Indemnización Global () Pensión ()						

Observaciones:		
1. Bajo protesta de decir verdad y apercibido de las penas que incurren los que declaran falsamente, hago constar que el(los) beneficiario(s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al régimen del seguro social.		
2. En caso de que proceda la pensión y el pago se realice a través del IMSS, para que cubra el pago deberá proporcionar número de cuenta bancaria para depósito de pensión, o abrir una en la institución bancaria de su elección de las que el IMSS sugiera.		
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01(55)14542000 en el DF y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 018001120584; y desde Estados Unidos y Canadá 018004752393.		
4. Cotizó para la Seguridad Social de España o Canadá. SI () NO ()		
5. El Trámite se tendrá por iniciado hasta que sea recibido por los Servicios de Prestaciones Económicas en la Subdelegación.		
V. DOCUMENTACION ANEXA		
Acta de Defunción Aseg. ()	Acta de Matrimonio ()	Acta de adopción ()
Identificación oficial ()	Acta de Divorcio ()	Acta de reconocimiento ()
Credencial de Aseg. o Pen. ()	Acta de Nacimiento ()	Testimonial Concubinato ()
Documento con NSS ()	Constancia de Estudios ()	Testimonial Dependencia Económica ()
Comprobante de domicilio ()	Documento de AFORE ()	C.U.R.P. ()
Dictamen de Invalidez de beneficiario ()	Dictamen de Ayuda Asistencial ()	Otro ()
Elaboró	Lugar, Fecha y Sello	Nombre y Firma o huella digital del Solicitante
Matrícula, Nombre y Firma		



INSTRUCTIVO DE LLENADO

Objetivo:	Registrar datos del interesado y controlar el trámite de la pensión solicitada: Incapacidad Permanente, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Retiro, Viudez, Orfandad, Ascendientes y/o Ayuda Asistencial y Asignaciones Familiares
Nombre de la Forma:	SOLICITUD DE PENSION DE:
Clave:	IMSS-FORMA (2)42 formato único que aplica a todos los trámites
Llenado por:	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 le corresponda.
Número de Tantos:	Original y 3 copias. Original: Expediente, 1a. copia Afiliación y Vigencia; 2a. copia: Unidad de Medicina Familiar Receptora; 3a. copia: Interesado
INDICACIONES PARA EL LLENADO	
No. DATO	De acuerdo a la pensión que se solicita son los campos que se deberán llenar (ver datos y documentos adjuntos)
1. Folio	El número que corresponda será asignado por el personal de Prestaciones Económicas, (uso de Prestaciones Económicas)
2. Delegación	Nombre y Clave identificadora de la Delegación, su llenado deberá hacerlo el área de Prestaciones Económicas y Sociales (uso de Prestaciones Económicas)
3. Subdelegación	Nombre y Clave identificadora de la Subdelegación, su llenado deberá hacerlo el área de Prestaciones Económicas y Sociales (uso de Prestaciones Económicas)
4. U.M.F.	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF) (uso de Prestaciones Económicas)
I. DATOS DEL ASEGURADO	
5. C.U.R.P.	Clave Unica de Registro de Población que se le asignó
6. No. Seguridad Social	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social al darse de alta
7. Sexo:	"M para masculino y F para femenino
8. Nombre	Empezar por apellido paterno, materno y nombre(s)
9. Estado Civil	Estado Civil que se acredite legalmente
10. 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)
11. 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)
12. Afore	Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado
II. DATOS DEL SOLICITANTE	
13. Nombre	Empezar por apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que se presente a suscribir la solicitud
14. Domicilio	Ubicación del domicilio del solicitante de acuerdo a los datos consignados en el comprobante de domicilio
15. Teléfono	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la Ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular)
III. BENEFICIARIOS LEGALES	
16. Nombre	Empezar por apellido paterno, materno y nombre (s) de los beneficiarios
17. Fecha nacimiento	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa)
18. Parentesco	Vínculo familiar que existe(existió) entre el asegurado y beneficiario (s) que comprueben su derecho
19. Sexo	"M para masculino y F para femenino
20. C.U.R.P.	Clave Unica de Registro de Población
IV. PENSION QUE SOLICITA	

21. Por considerar cubiertos los	Indicar con una X el casillero que señale el Tipo de Pensión solicitada de acuerdo con los datos consignados.
Requisitos que consigna la Ley del Seguro Social, solicito pensión de:	Si se trata de una Incapacidad Permanente favor de leer el inciso a) de este apartado y en el inciso b) marcar con una X la forma de pago elegido por el solicitante. a) En caso de tratarse de Incapacidad Permanente con valuación hasta del 25% procederá como forma de pago la Indemnización Global (IG); si la valuación es mayor al 50% corresponderá invariablemente el pago de una pensión, en caso de que el porcentaje de valuación sea mayor al 25% y hasta el 50% podrá optar entre I.G. o pensión y no procederá modificar la forma de pago una vez elegido. (art. 58 fracción III). b) Si la valuación es mayor al 25% y hasta 50% elijo como forma de pago: Indemnización Global () Pensión ()
23. Observaciones	1.- Bajo protesta de decir verdad y apercibido de las penas en que incurrir los que declaran falsamente, hago constar que el (los) beneficiario (s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al régimen obligatorio del seguro social. 2.- En caso de que proceda la pensión y el pago se realice a través del IMSS, para que se cubra el pago deberá proporcionar número de cuenta bancaria para depósito de pensión, o abrir una en la institución bancaria de su elección de las que el IMSS le sugiera. 3.- Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01 (55) 14 54-2393 en el DF y Area Metropolitana, del interior de la república sin costo para el usuario al 01800001120-584; y desde Estados Unidos y Canadá al 01 800 475-2393 4.- Cotizó para la Seguridad Social de España o Canadá si () no (), marcar con una X si cotizó o no. 5.- El trámite se tendrá por iniciado hasta que sea recibido por los Servicios de Prestaciones Económicas en la Subdelegación.
V. DOCUMENTACION ANEXA	
23. Documentación anexa	Indicar con una X, el casillero que corresponda a los documentos entregados por el interesado para el trámite respectivo.
24. Nombre, Firma y Matrícula	Nombre, firma y matrícula del empleado que recibe la solicitud. NOTA: El empleado responsable de la recepción de los documentos y revisión del contenido de la solicitud, rubricará en este renglón (uso de Prestaciones Económicas)
25. Lugar, fecha y sello	Nombre de la ciudad o municipio donde se presentó la solicitud así como fecha de elaboración y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir.
26. Nombre y firma o huella 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.
22. Petición	En caso de ser procedente solicito se me informe los importes de pensión que me corresponderían por cada uno de los regímenes de Ley: a) Ley 73, Ley del Seguro Social que estuvo vigente hasta el 30 de junio de 1997; b) Ley 97, Ley del Seguro Social vigente.

DATOS Y DOCUMENTOS QUE SE LLENAN Y PRESENTAN POR TIPO DE PENSION Y MODALIDAD QUE SE CITE

DATOS	DOCUMENTOS	Pensión por Modalidad	Asegurado	Beneficiario	Solicitante
a) Nombre	1. Identificación oficial con	INVALIDEZ	a,b,c,d,e,f,h,i,j,l,m. 1,2,3,4,5,6.		
		CESANTIA O VEJEZ	a,b,c,d,e,f,h,i,j,l,m. 1,2,3,4,5,6.		
		VIUDEZ viudo-esposo	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,8,9.	
		VIUDEZ viudo-concubinario	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,9,10.	
		VIUDEZ viuda-esposa	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,8.	
		VIUDEZ viuda-concubina	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,10.	
		VIUDEZ viudo-esposo Ley 73	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,8,9,11.	
		VIUDEZ viudo-concubinario Ley 73	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,9,10,11	
		ORFANDAD menor 16 años	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 3,4,6.	a,l,m. 1,4.
		ORFANDAD 16 a 25 años estudiante	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 3,4,6,12.	a,l,m. 1,4.
		ORFANDAD mayor 16 años inválido	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 3,4,6,11.	a,l,m. 1,4.
		ASCENDIENTE	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7.	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,9.	

fotografía y firma (credencial para votar; Cartilla del Servicio Militar Nacional pasaporte, cédula profesional), original y copia para cotejo.	b) Número de Seguridad Social			
	c) CURP			
2. Credencial del asegurado o pensionado, o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo.	d) Sexo			
	e) Estado Civil			
	f) Fecha de Nacimiento			
3. Clave Unica de Registro de Población (CURP), original y copia para cotejo.	g) Fecha de defunción			
	h) AFORE en que se encuentra registrado			
4. Comprobante de domicilio reciente de predio, agua, luz o teléfono (de donde vive), original y copia para cotejo.	i) Unidad de Medicina Familiar (UMF)			
	j) Prestación que solicita			
5. Documento de la AFORE que maneja la cuenta individual, original y copia para cotejo.	k) Parentesco con el asegurado			
6. Copia certificada expedida por el registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia se queda para expediente	l) Domicilio (de donde vive)			
	m) Teléfono (donde se localice)			
7. Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de defunción, la copia certificada se queda para expediente				
8. Copia certificada del acta de matrimonio expedida por el Registro Civil después de la fecha de defunción del titular de la pensión, la copia certificada se queda para expediente				
9. Constancia Testimonial con la que se acredita la Dependencia Económica expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente	ASIGNACION FAMILIAR esposa	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4,8.	a,c,d,f,k. 3,6.	
	ASIGNACION FAMILIAR concubina	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4.	a,c,d,f,k. 3,6.	
10. Constancia Testimonial con la que se acredita el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente	ASIGNACION FAMILIAR hijo menor 16 años	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4.	a,c,d,f,k. 3,6.	
	ASIGNACION FAMILIAR hijo 16 a 25 años estudiante	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4.	a,c,d,f,k. 3,6,12.	
11. Dictamen de invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, original para expediente	ASIGNACION FAMILIAR hijo mayor 16 años inválido	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4.	a,c,d,f,k. 3,6,11.	
	ASIGNACION FAMILIAR ascendiente	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4,.	a,c,d,f,k. 3,6.	
12. Constancia de estudios expedida por las escuelas del sistema educativo nacional con validez oficial, original para expediente	AYUDA ASISTENCIAL	a,b,c,i,j,l,m. 1,2,3,4,13.		
	INCAPACIDAD PERMANENTE	a,b,c,d,e,f,h,i,j,l,m. 1,2,3,4,5,6.		
13. Dictamen médico expedido por los Servicios Médicos de Salud en el Trabajo, en el que se indique el porcentaje de ayuda asistencial que los Servicios Médicos concedieron, original para expediente.	RETIRO ANTICIPADO	a,b,c,d,e,f,h,i,j,l,m. 1,2,3,4,5,6.		

NOTAS: Llenar datos y presentar documentos de acuerdo a la pensión(s) que solicite, elegir la(s) que le(s) corresponde de acuerdo al cuadro que antecede. Si en las pensiones procede Asignación Familiar o Ayuda Asistencial solicitarla en este mismo formato. Si falta algún dato o documento no se recibirá el formato, o no procederá por el trámite o modalidad del que falte dato(s) o documento(s).

En caso de proceder prevención, la solicitud se prevendrá en un término de 10 días.

Solicitud de Ayuda para Gastos de Matrimonio (este formato será requisitado por personal de la ventanilla de atención del IMSS)

Concepto	Descripción
Nombre:	Solicitud de Ayuda para Gastos de Matrimonio.
Clave:	Forma: AGM 01.
Objetivo:	Asentar los datos del asegurado y tramitar la Ayuda para Gastos de Matrimonio del solicitante.
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. de adscripción del asegurado.
No. de tantos	Original y dos copias.
Distribución:	Original y copia: Expediente.
	Copia: Interesado

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1.	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
2.	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
3.	U.M.F.:	Siglas y número de la U.M.F. Receptora.
4.	No. de Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud por el Sistema de Pago de Subsidios.
I. Datos del asegurado		
5.	No. de seguridad social:	Número asignado por el Instituto al asegurado, está integrado por diez dígitos.
6.	C.U.R.P.:	Clave única de registro de la población compuesta de 18 caracteres.
7.	Fecha de Matrimonio (DD/MM/AA):	Día, Mes, Año de celebración del matrimonio civil.
8.	Apellido Paterno: Apellido Materno Nombre (s):	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) del asegurado solicitante.
9.	Estado Civil Anterior:	El estado civil en el cual se encontraba el asegurado antes de contraer nupcias.
10.	Domicilio: Calle y Número, Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y teléfono:	Ubicación del domicilio del solicitante de acuerdo con los datos consignados, así como su número telefónico, de contar con él.

Nota: cuando no exista nomenclatura se anotará

domicilio conocido.

II. Datos del Cónyuge

11	Apellido Paterno:	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) del (la) cónyuge.
	Apellido Materno:	
	Nombre (s):	
12	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de nacimiento del (la) cónyuge.

III. Documentación Anexa

13	Acta de Matrimonio ()	Marcar (x) dentro del paréntesis correspondiente, conforme a los documentos recibidos.
	Acta de Divorcio ()	En caso de recibir algún documento diferente anotarlo en el rubro otros.
	Acta de Defunción ()	
	Documento AFORE ()	
	Otros (especificar):	

14.	Elaboró:	Nombre y firma de la persona responsable de la elaboración.
-----	----------	---

Nombre y firma:

Lugar y fecha

Ciudad o municipio donde se requisita la solicitud y sello de la dependencia.

15.	Solicitante:	Nombre completo del solicitante.
-----	--------------	----------------------------------

Nombre y firma:

Recabar la firma o huella digital del solicitante.

IV. Resolución

16.	No. de resolución:	Número de autorización para pago en la Administradora de Fondos para el Retiro.
17.	Entregó:	
	Nombre y firma:	Nombre y firma de la persona que entrega la Resolución de la Ayuda para Gastos de Matrimonio.
18.	Asegurado-Recibido:	Nombre y firma de acuse de recibo del asegurado solicitante; día, mes y año de entrega de resultados al interesado.
	Firma:	
	Fecha:	

Solicitud de Ayuda para Gastos de Funeral (este formato será requisitado por personal de la ventanilla de atención del IMSS)

Nombre:	Solicitud de Ayuda para Gastos de Funeral.	
Clave:	Forma: AGF 01.	
Objetivo:	Asentar los datos del asegurado o pensionado fallecido y tramitar la Ayuda para Gastos de Funeral, en los seguros de Riesgos de Trabajo o Enfermedades y Maternidad.	
Elaborado por:	Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. que corresponda al domicilio del fallecido, según el acta de defunción.	
No. de tantos:	Original y dos copias.	
Distribución:	Original:	Expediente.
	1a. Copia:	Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite.
	2a. Copia:	Interesado.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1.	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
2.	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
3.	Unidad de Medicina Familiar:	Siglas y número de la U.M.F. Receptora.
4.	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud por el Sistema de Pago de Subsidios.
I. Datos del Finado		
5.	Fecha de Defunción:	Fecha que contenga el acta de defunción, con números arábigos el día, mes y año.
6.	No. de seguridad social:	Número asignado por el Instituto al asegurado, está integrado de diez dígitos.
7.	C.U.R.P.:	Clave única de registro de población compuesto de 18 caracteres alfanuméricos del finado.
8.	Ramo de Seguro:	Marcar con una X bajo que tipo de seguro se solicita la prestación.
	Riesgos de Trabajo ()	
	Enfermedad ()	
9.	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) del asegurado o pensionado fallecido.
10.	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P. y Ciudad o Entidad	Lugar de residencia del asegurado y/o pensionado fallecido que aparece en la copia certificada del acta de defunción.
II. Datos del Solicitante		
11.	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P. y Ciudad o Entidad y teléfono	Ubicación del domicilio del solicitante, de acuerdo a los datos consignados en el recuadro.
III. Documentación anexa		
12.	Documentación anexo:	En el cuadro correspondiente se anotará una X para indicar los documentos que presente el solicitante.
	Cred. Pensionado: ()	
	Cred. Asegurado: ()	
	Copia Certificada	
	Acta de Defunción: ()	
	Original de Factura de Gastos	
	de Funeral ()	
	Otros especifique:	
13.	Elaboró:	Asentar el nombre completo y firma del empleado responsable de la recepción de la documentación y revisión del contenido de la solicitud.
	Nombre y firma	
	Lugar y fecha:	Delegación o municipio y día, mes y año en donde se elabora la solicitud.
14.	Solicitante:	Nombre completo del solicitante.
	Firma:	Recabar la firma o huella digital del solicitante.
IV. Certificación del Derecho		
Servicio de Prestaciones Económicas		
15.	Pensión vigente SI NO	Marcar con una X si el finado se encuentra vigente en su calidad de pensionado.
	Número de Componente:	Anotar el número de componente cuando se trate de beneficiarios pensionados.
	Responsable:	Nombre completo y firma de la persona que certifica el derecho al pensionado.
	Nombre y firma	
16.	Sello fechor:	Aplicar sello del Servicio.
17.	Servicio de Afiliación Vigencia:	Estos espacios serán requisitados por el Servicio de Afiliación y Vigencia, en su caso.
	Con derecho SI () NO ()	

Registro Patronal
Lugar y fecha
Nombre y firma

V. Resolución

18. Importe: Cantidad en número, del importe de la Ayuda.
19. No. de Cheque o Volante: Número del documento que ampara el importe de la prestación.
20. Solicitante: Nombre y firma o huella digital de la persona que recibe el documento para pago que ampara la prestación.
Nombre y firma

SOLICITUD DE CELEBRACION DE CONVENIO**Solicitud de Celebración de Convenio****Instituto Mexicano del Seguro Social**

Delegación _____ (1) _____

U.M.F. Tramitadora y de Control _____ (2) _____

Atn: Servicio de Prestaciones Económicas.

_____ (3) _____ a _____ de _____ del _____.

La empresa _____ (4) _____ con registro patronal _____ (5) _____ y/o registro patronal **único** _____ (6) _____ representada por el C. _____ (7) _____ quien funge como _____ (8) _____ sita en _____ (9) _____ de esta ciudad, personalidad que acredita en el testimonio número _____ (10) _____ del volumen _____ (11) _____ relativo a la escritura de _____ (12) _____ suscrita el día _____ (13) _____ del mes _____ del año _____, ante la fe del C. Notario Público número _____ (14) _____ de _____ (15) _____ Lic. _____ (16) _____.

Bajo protesta de decir la verdad ante ese H. Instituto, respetuosamente exponemos:

Que venimos a solicitar se nos autorice 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, cuyo 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 por razón del pago anteriormente expuesto.

C. Para firmar y cobrar en su caso, en ese Instituto, los documentos que sean expedidos por cualquiera de los conceptos mencionados o por diferencias en favor de los asegurados.

D. Por su parte, esta _____ (17) _____ se obliga a:

1. Hacerse responsable de cualquier reclamación que haga el asegurado contra el Instituto en relación con subsidios pagados de acuerdo con esta autorización, siempre que resulte fundada.

2. Al pagar las incapacidades de su trabajador asegurado, tendrá que recoger de éste un comprobante de dicho pago y lo conservará en su poder y a disposición del Instituto para cualquier reclamación relacionada con el mismo.

Esta solicitud la hacemos en virtud de pagar la empresa el subsidio correspondiente a sus empleados cuando ese Instituto les expida Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo y dado el caso de no existir el Sindicato, anexamos al presente relación con el nombre, número de seguridad social y firmas de los antes citados aceptando la celebración del convenio.

Nombre: Solicitud de Celebración de Convenio.
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 (en papel membretado de la empresa).
Número de tantos: Original y copia.
Distribución: Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control.

1ra. copia: para la Empresa.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1.	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
2.	U.M.F. Tramitadora y de Control:	Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control.
3.	_____ a _____ de _____ del _____:	Lugar y fecha de elaboración de la solicitud.

- | | | |
|-----|---|--|
| 4. | Empresa: | Nombre o razón social de la Empresa que solicita la celebración del convenio. |
| 5. | Registro Patronal: | Número de registro patronal asignado a la empresa por el Instituto (de contar la empresa con varios registros patronales, anexar relación, indicando entidad y municipio de influencia de cada registro patronal). |
| 6. | Registro Patronal Unico: | Número de registro patronal único, asignado a la empresa por el Instituto. |
| 7. | El C.: | Nombre completo de la persona que representa legalmente a la empresa. |
| 8. | Como: | Cargo que desempeña en la Empresa. |
| 9. | Sita en: | Ubicación del domicilio de la Empresa solicitante, calle número exterior e interior (en su caso), colonia, código postal, ciudad, entidad y municipio. |
| 10. | Número: | Número de la escritura pública o testimonio notarial o acta constitutiva de la Empresa. |
| 11. | Volumen | Número de volumen del libro en el que esté registrada el acta. |
| 12. | A la Escritura de: | Tipo de la escritura que acredita la personalidad de quien celebra el convenio. |
| 13. | Suscrita el día _____ del mes
_____ del año _____: | Fecha de celebración de los hechos ante el C. Notario Público. |
| 14. | C. Notario Público número: | Número de Notario Público que dio fe. |
| 15. | de: | Lugar en que se ubica el C. Notario Público. |
| 16. | Lic.: | Nombre completo del Notario Público que dio fe del hecho. |
| 17. | esta: | Nombre de la Empresa. |

Anexos A y B aprobados por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante Acuerdo 484/2006, tomado en su sesión de fecha 30 de octubre de 2006.

Atentamente

El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.**- Rúbrica.

(R.- 244427)