

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**NOTA Aclaratoria al Anexo Unico del Acuerdo número 290/2005 del H. Consejo Técnico, por el que se aprueban los plazos máximos de resolución y vigencia de ésta, así como 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 Incorporación y Recaudación del Seguro Social, cuando dicha información no esté prevista en la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y disposiciones aplicables de manera supletoria, publicado el 10 de febrero de 2006.**

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social.- Coordinación de Mejora Continua de Procesos Recaudatorios.

### NOTA ACLARATORIA O AVISO MODIFICATORIO

De conformidad con la publicación del Acuerdo 290/2005, del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el que se aprueban los plazos máximos de resolución y la vigencia de ésta, así como los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar, respectivamente, a los trámites que aplica este Instituto, a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social, se da a conocer esta Nota Aclaratoria al Anexo Unico, con sus modificaciones que forma parte del Acuerdo 290/2005 señalado, dejando sin efectos el Anexo Unico publicado en la fecha arriba indicada.

México D.F., a 17 de febrero de 2006.- El Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social, **José Antonio Alvarado Ramírez**.- Rúbrica.

### ANEXO UNICO

Anexo Unico 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 Incorporación y Recaudación del Seguro Social, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 69-M y 69-O de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite                                                                                                           | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Inscripción Patronal Inicial:</b><br>Modalidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para Instituciones de Asistencia Privada.</li> <li>• Para Sociedades Cooperativas.</li> <li>• Para sociedades o asociaciones de nacionalidad mexicana.</li> <li>• Personas Físicas dedicadas a la actividad de la construcción.</li> <li>• Personas Físicas que realizan por eventualidad una obra de construcción.</li> <li>• Para condominio o copropiedad.</li> <li>• Para sindicatos.</li> <li>• Para sociedades y asociaciones diferentes a la mexicana.</li> <li>• Para persona física que cuente con un negocio establecido dentro del domicilio particular y carezca de documentación oficial.</li> <li>• Menores de edad que vayan a ser registrados como patrones.</li> </ul> |                                                                                              | Se establece en tanto permanece la relación laboral, o subsista el supuesto de hecho que dio origen a la inscripción patronal. | <b>Los datos del formato AFIL 01.- "Aviso de Inscripción Patronal o de Modificaciones en su Registro", aplican a todas las modalidades:</b><br><b>Datos:</b><br>Fecha de la causa del aviso<br><b>Domicilio fiscal:</b><br>Teléfono<br><b>Domicilio del principal centro de trabajo (si tiene mas de uno):</b><br>Calle y/o Manzana<br>Número<br>Colonia y/o Población<br>Municipio<br>Entidad<br>Código Postal<br>Teléfono<br><b>Domicilio para recibir y oír notificaciones en la localidad:</b><br>Teléfono<br>Afiliación, cámara o agrupamiento<br><b>Causas de la presentación del aviso:</b><br>Duplicidad<br><b>Huelga:</b><br>Legal<br>Inexistente<br><b>Datos del acta constitutiva:</b><br>No. de folio mercantil<br>Fecha<br>No. de libro<br>No. de foja<br>No. de acta constitutiva<br>No. de Notaría<br>Registro Público de la Propiedad y del Comercio<br>Lugar y fecha de constitución<br><b>Domicilio (Propietario o Sujeto Obligado):</b><br>Teléfono(s)<br>Fax<br>Correo electrónico |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para patrones del campo.</li> <li>• Para Personas Físicas dedicadas al transporte público de pasaje o carga.</li> <li>• Instituciones Educativas.</li> <li>• Para Personas Físicas en General.</li> <li>• Personas Morales dedicadas a la Construcción.</li> <li>• Personas Morales que realizan eventualmente una obra de construcción.</li> <li>• Para Sociedades o Asociaciones de nacionalidad mexicana.</li> </ul> |                                                                                              |                      | <p><b>Domicilio (Representante legal principal):</b><br/> Teléfono(s)<br/> Fax<br/> Correo electrónico<br/> <b>Socio:</b><br/> Apellido paterno<br/> Apellido materno<br/> Nombres<br/> Domicilio<br/> Calle<br/> No. y/o letra exterior, manzana y lote<br/> No. y/o letra interior<br/> Colonia y/o Población<br/> Delegación o Municipio<br/> Código Postal<br/> Ciudad<br/> Entidad<br/> Teléfono(s)<br/> Fax<br/> Correo electrónico<br/> <b>Centro de Trabajo:</b><br/> Domicilio<br/> Calle<br/> No. y/o letra exterior, manzana y lote<br/> No. y/o letra interior<br/> Colonia.<br/> Delegación o Municipio<br/> Código Postal<br/> Ciudad<br/> Entidad<br/> Teléfono(s)<br/> Fax<br/> Correo electrónico<br/> Croquis de localización<br/> <b>Los datos del formato AFIL 02.- "Aviso de Inscripción del Trabajador", aplican a todas las modalidades:</b><br/> <b>Tipo de contratación del trabajador:</b><br/> Eventual Construcción<br/> <b>Fecha de ingreso al trabajo:</b><br/> Sexo<br/> Lugar de nacimiento (Estado)<br/> Fecha de nacimiento<br/> Nombre del padre (aun finado)<br/> Nombre de la madre (aun finada)<br/> En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora del horario<br/> Ocupación del trabajador<br/> U.M.F.<br/> <b>Domicilio del trabajador:</b><br/> Calle y/o manzana<br/> Número<br/> Colonia y/o población<br/> Municipio<br/> Entidad<br/> C.P.<br/> Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado<br/> <b>Ubicación del centro de trabajo:</b><br/> Calle y/o manzana<br/> Número<br/> Colonia y/o población<br/> Municipio<br/> Entidad<br/> C.P.<br/> Firma o huella del trabajador<br/> <b>Los datos del AFIL 15.- "Notificación del Domicilio de la Obra", aplican únicamente para las modalidades de la industria de la construcción:</b></p> |

| Nombre del trámite y/o modalidad | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  |                                                                                              |                      | <p><b>Datos de la Obra</b><br/> Entre la calle de y la calle de (en relación con el domicilio)<br/> Descripción del tipo de obra o fase(s) de construcción<br/> Tipo de obra en construcción<br/> Superficie de la obra o costos de la obra<br/> Tiempo estimado de construcción<br/> Fecha de inicio y de término<br/> Superficie de la obra o costos de la obra</p> <p><b>Los datos correspondientes al formato CLEM 01 "Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", aplican para la inscripción patronal y para la escisión (empresas escindidas).</b></p> <p><b>DOCUMENTOS, que aplican para las modalidades del trámite de Inscripción Patronal Inicial:</b></p> <p><b>Acta Constitutiva:</b><br/> Institución de Asistencia Privada, Sociedades Cooperativas, Sociedades y Asociaciones diferentes a la mexicana, Instituciones Educativas, Personas Morales dedicadas a la Construcción, Personas Morales que realizan eventualmente una obra de construcción, sociedades o asociaciones de nacionalidad mexicana.</p> <p><b>Oficio de la H. Junta de Asistencia Privada, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/> Instituciones de Asistencia Privada.</p> <p><b>Certificado de Inscripción en el Registro Público de Comercio y Constancia de Inscripción del Registro de Cooperativo Nacional:</b><br/> Sociedades Cooperativas</p> <p><b>Comprobante de domicilio, aplica para las siguientes modalidades:</b><br/> Personas Físicas dedicadas a la actividad de la construcción, Personas Físicas que realizan por eventualidad una obra de construcción. Persona física que cuente con un negocio establecido dentro del domicilio particular y carezca de documentación oficial, Personas físicas dedicadas al transporte público de pasaje o carga. Personas físicas en General. Personas Morales dedicadas a la Construcción</p> <p><b>Identificación oficial:</b><br/> Aplica para todas las modalidades de Inscripción Patronal Inicial</p> <p><b>Documento expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/> Sociedades y Asociaciones diferentes a la mexicana</p> <p><b>Escritura Pública o Acta de Asamblea, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/> Condominio o copropiedad</p> <p><b>Certificado de Registro expedido por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/> Sindicatos</p> <p><b>Mención expresa bajo protesta de decir verdad de que el patrón es un menor de edad y escrito del representante legal del menor comprometiéndose a cumplir y a responder por las obligaciones derivadas de la inscripción patronal del menor, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/> Menores de edad que vayan a ser registrados como patrones</p> <p><b>Permiso de siembra y recibo de pago del agua de riego, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/> Patrones de Campo.</p> <p><b>Tarjeta de Circulación y Permiso de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/> Personas Físicas dedicadas al transporte público de pasaje o carga</p> <p><b>Toma de Nota expedida por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/> Sindicatos</p> |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite                                                                                                                   | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Aviso de modificación a la Inscripción Patronal:</p> <p>Modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de Nombre, Denominación o Razón Social del patrón</li> <li>• Clausura</li> <li>• Reanudación de Actividades</li> <li>• Sustitución Patronal</li> <li>• Fusión</li> <li>• Escisión</li> <li>• Suspensión o terminación de actividades</li> <li>• Cambio de domicilio</li> <li>• Cambio de representante legal</li> </ul> |                                                                                              | <p>Se establece en tanto permanece la relación laboral, o subsista el supuesto de hecho que dio origen a la modificación patronal.</p> | <p>Los datos correspondientes al formato AFIL 01 "Aviso de Inscripción Patronal o de Modificaciones en su Registro" señalado en este anexo, aplican a todas las modalidades de este trámite, excepto a la modalidad de "Cambio de representante legal"</p> <p>Los datos correspondientes al formato AFIL 02 "Aviso de Inscripción del Trabajador", señalado en este anexo, aplican solamente a la modalidad "Reanudación"</p> <p>Los datos correspondientes al formato CLEM 01 "Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", aplican en los siguientes casos: "Reanudación", "Sustitución Patronal" "Fusión", "Escisión para la empresa Escidente", "Cambio de Domicilio", "Cambio de Actividades", "Incorporación de Actividades" "Compra de Activos" "Enajenación", "Arrendamiento", "Comodato", "Fideicomiso Traslato".</p> <p><b>Domicilio:</b><br/>Teléfono<br/>Fax</p> <p><b>Materias primas y materiales:</b><br/>Nombre</p> <p><b>Maquinaria y equipo:</b><br/>Número de unidades<br/>Nombre<br/>Uso<br/>Combustible o energía<br/>Capacidad o potencia</p> <p><b>Personal</b><br/>Número de trabajadores<br/>Oficio u ocupación<br/>Procesos de trabajo</p> <p>Los datos del formato AFIL-04 "Aviso de baja del Trabajador o Asegurado" aplican a las modalidades Clausura y Suspensión o terminación de actividades.</p> <p><b>Tipo de contratación del trabajador:</b><br/>Eventual de la Construcción</p> <p><b>Nombre completo del Trabajador o asegurado (sin abreviaturas):</b><br/>Apellido Materno<br/>Apellido Paterno<br/>Nombre(s)</p> <p><b>DOCUMENTOS, que aplican para las modalidades del trámite "Aviso de modificación a la Inscripción Patronal"</b></p> <p><b>Testimonio Notarial, aplica para las siguientes modalidades:</b><br/>Cambio de nombre, denominación o razón social, Fusión, Escisión, Cambio de representante legal.</p> <p><b>Documento de la Autoridad que acredite la Clausura, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/>Clausura</p> <p><b>Acta Constitutiva, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/>Reanudación</p> <p><b>Testimonio Público de la Asamblea de la Sociedad por la contratación de una empresa para la administración del personal y Contrato de servicios por tiempo indefinido firmado por el representante legal del patrón sustituido como por el sustituto, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/>Sustitución Patronal</p> <p><b>Constancia de domicilio, aplica para la siguiente modalidad:</b><br/>Cambio de domicilio</p> |
| <p>Aviso de Movimientos Afiliatorios de Trabajadores</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              | <p>En tanto no se modifiquen las condiciones que dieron origen al movimiento</p>                                                       | <p>Los datos correspondientes a los formatos AFIL 02 "Aviso de Inscripción del Trabajador" y AFIL-04 "Aviso de baja del Trabajador o Asegurado" señalados en este anexo aplican a este trámite.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                  | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud.                                 | Vigencia del trámite                                                           | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                              | afiliatorio respectivo.                                                        | <p><b>Los datos correspondientes al AFIL-03 "Aviso de modificación de salario del Trabajador", aplican a este trámite:</b></p> <p><b>Tipo de contratación del trabajador:</b><br/>Eventual Const.<br/>Salario base de cotización anterior<br/>Ocupación del trabajador</p> <p><b>Fecha de modificación:</b><br/>En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario<br/>Ubicación del centro de trabajo<br/>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Municipio<br/>Entidad<br/>C.P.<br/>Firma o huella del trabajador</p> <p><b>Documento, que aplica para el trámite "Aviso de Movimientos Afiliatorios de Trabajadores":</b><br/>Identificación oficial</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Solicitud de Registro de Beneficiarios :</p> <p>Modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esposa(o)</li> <li>• Concubina(rio)</li> <li>• Padres</li> <li>• Hijo(a).</li> </ul> | <p>Dos días hábiles para las modalidades padres y concubina(rio)<br/>El mismo día para las modalidades esposa(o) e hijos</p> | <p>Sujeto a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.</p> | <p><b>Los datos correspondientes al formato SAV 003 "Solicitud de Inscripción de Beneficiarios Padres", aplican a la Modalidad "Padres":</b></p> <p><b>Fecha de nacimiento</b><br/>Día<br/>Mes<br/>Año<br/>Lugar de Nacimiento<br/>Estado civil<br/>Soltero<br/>Casado<br/>Divorciado<br/>Unión Libre<br/>Viudo<br/>Fecha de inicio del status<br/>Mes<br/>Año</p> <p><b>Documentos para comprobar el domicilio del solicitante</b><br/>Recibos de:<br/>Renta<br/>Agua<br/>Luz<br/>Gas<br/>Teléfono<br/>Impuesto predial<br/>Otro<br/>Expedido por:</p> <p><b>Documentos para comprobar identidad de (los) beneficiarios propuestos</b></p> <p><b>Padre</b><br/>Apellido paterno<br/>Apellido materno<br/>Nombre (s)<br/><b>Credencial de elector</b><br/>Número de folio<br/>Año de registro<br/>Pasaporte<br/>Cartilla del Servicio Militar<br/>Otra identificación oficial con fotografía y firma<br/>Expedida por</p> <p><b>Madre</b><br/>Apellido paterno<br/>Apellido materno<br/>Nombre (s)<br/><b>Credencial de elector</b><br/>Número de folio<br/>Año de registro</p> |

| Nombre del trámite y/o modalidad | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  |                                                                                              |                      | <p>           Pasaporte<br/>           Cartilla del Servicio Militar<br/>           Otra identificación oficial con fotografía y firma<br/>           Expedida por<br/> <b>Los datos correspondientes al formato SAV 004 "Solicitud de Inscripción de Concubina o Concubinario", aplican a la Modalidad "Concubina(rio)"</b><br/> <b>Fecha de nacimiento</b><br/>           Día<br/>           Mes<br/>           Año<br/> <b>Lugar de Nacimiento</b><br/> <b>Estado civil</b><br/>           Soltero<br/>           Casado<br/>           Divorciado<br/>           Unión Libre<br/>           Viudo<br/> <b>Fecha de inicio del status</b><br/>           Mes<br/>           Año<br/> <b>Domicilio</b><br/>           Calle<br/>           Número<br/>           Colonia<br/>           C.P.<br/>           Delegación o Municipio<br/> <b>Documento para comprobar el domicilio del solicitante</b><br/>           Recibos de:<br/>           Renta<br/>           Agua<br/>           Luz<br/>           Gas<br/>           Teléfono<br/>           Impuesto predial<br/>           Otro<br/> <b>Documentos para comprobar identidad del solicitante</b><br/> <b>Credencial de elector</b><br/>           Número de folio<br/>           Año de registro<br/>           Pasaporte<br/>           Cartilla del Servicio Militar<br/>           Otra identificación oficial con fotografía y firma<br/>           Expedida por:<br/> <b>Nombre de la Concubina o Concubinario</b><br/>           Apellido paterno<br/>           Apellido materno<br/>           Nombre(s)<br/> <b>Documentos para comprobar identidad del beneficiario propuesto</b><br/> <b>Credencial de elector</b><br/>           Número de folio<br/>           Año de registro<br/>           Pasaporte<br/>           Cartilla del Servicio Militar<br/>           Cédula profesional No.<br/>           Otra identificación oficial con fotografía y firma No.<br/>           Expedida por:<br/> <b>Documentos para comprobar hijos comunes</b><br/> <b>Nombre del hijo primigenio</b><br/>           Apellido paterno<br/>           Apellido materno<br/>           Nombre(s)<br/> <b>Documento, que aplica para todas las modalidades:</b><br/>           Identificación oficial         </p> |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                      | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Vigencia del trámite                                                                                                                                                                                                                                      | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>Documento, que aplica para la modalidad "Padres":</b><br/>Identificación oficial con fotografía y firma de los padres<br/>Comprobante de domicilio</p> <p><b>Documento, que aplica para la modalidad "Hijo(a)":</b><br/>Constancia de alumbramiento<br/>Declaración de adopción o reconocimiento</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Aviso de Baja de Beneficiarios:</p> <p>Modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esposa(o)</li> <li>• Concubina(rio)</li> <li>• Padres.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Sujeto a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.</p>                                                                                                                                                                            | <p><b>Documento, que aplica para las modalidad "Esposa "Concubina y "Padres":</b><br/>Identificación oficial</p> <p><b>Documento, que aplica para la modalidad "Concubina":</b><br/>Declaración expresa y por escrito "bajo protesta de decir verdad", que el concubinato terminó y Declaración expresa y por escrito "bajo protesta de decir verdad", que la dependencia económica terminó (tratándose de concubinarios)</p> <p><b>Documento, que aplica para la modalidad "Padres":</b><br/>Declaración expresa y por escrito "bajo protesta de decir verdad", que la dependencia económica terminó</p> |
| <p>Incorporación al Régimen Obligatorio del Seguro Social en el Seguro de Enfermedades y Maternidad (prestaciones en especie) a Estudiantes.</p>                      | <p>Presentación en papel. Treinta días hábiles posteriores a la presentación de la cédula de información del plantel educativo y control de solicitudes de Incorporación al Régimen Obligatorio del Seguro Social en el Seguro de Enfermedades y Maternidad (prestaciones en especie) a Estudiantes.</p> <p>Presentación en Dispositivo Magnético o Transmisión Electrónica. Diez días hábiles posteriores a la presentación del dispositivo magnético o transmisión electrónica con los registros de Incorporación al Régimen Obligatorio del Seguro Social en el Seguro de Enfermedades y Maternidad (prestaciones en especie) a Estudiantes.</p> | <p>Hasta en tanto conserve la calidad de estudiante de nivel medio superior o superior en instituciones educativas del Estado y no cuente con la misma o similar protección por parte del Instituto o cualquier otra institución de seguridad social.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Solicitud de cambio de unidad médica de adscripción.</p>                                                                                                           | <p>Dos días hábiles.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Esta condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) y de sus beneficiarios, así como a la permanencia en el domicilio declarado al Instituto, en tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.</p>                              | <p><b>Documento, que aplica en este trámite:</b><br/>Identificación oficial</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Solicitud de Inscripción en la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio.</p>                                                                              | <p>Cinco días hábiles.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>Documento, que aplica en este trámite:</b><br/>Identificación oficial<br/>Recibo de pago de las cuotas obrero patronales<br/>Comprobante de domicilio<br/>Tratándose de reingreso Recibo de pago de las cuotas obrero patronales del período anterior</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Solicitud de asignación de Número de Seguridad Social.</p>                                                                                                         | <p>Dos horas</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Indefinida.</p>                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b>Documento, que aplica en este trámite:</b><br/>Identificación oficial</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                  | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud.                    | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inscripción en la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social de Trabajadores No Asalariados, Ejidatarios, Comuneros, Colonos y Pequeños Propietarios, en forma individual. | Tres días hábiles.                                                                                              |                      | <p><b>Datos que aplican en este trámite:</b><br/>Clave de Argumento</p> <p><b>Datos del sujeto de aseguramiento:</b><br/>Sexo<br/>UMF<br/>Teléfono</p> <p><b>Lugar y fecha de nacimiento:</b><br/>Entidad<br/>Delegación<br/>Día<br/>Mes<br/>Año</p> <p><b>Nombre de los padres (aun finados):</b><br/>Del Padre<br/>De la Madre</p> <p><b>Renovación:</b><br/>Del            Al<br/>Mes<br/>Año</p> <p><b>Tipo de Pago:</b><br/>Cuota completa pago anual<br/>Salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento de la inscripción<br/>Neto a pagar</p> <p><b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br/>Identificación oficial con fotografía y firma<br/>Constancia de domicilio<br/>Constancia de pago de la cuota anual anticipada<br/>Certificado Agrario<br/>Carta del Comisariado Ejidal<br/>Título de Propiedad</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Inscripción en la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social de Trabajadores No Asalariados, Ejidatarios, Comuneros, Colonos y Pequeños Propietarios, en forma colectiva.  | Cinco días hábiles, hasta por 25 solicitudes, aumentando tres días hábiles por cada 20 solicitudes adicionales. |                      | <p><b>Datos que aplican en este trámite:</b><br/>Clave de Argumento</p> <p><b>Datos del sujeto de aseguramiento:</b><br/>Sexo<br/>U.M.F.<br/>Teléfono</p> <p><b>Lugar y fecha de nacimiento:</b><br/>Entidad<br/>Delegación<br/>Día<br/>Mes<br/>Año</p> <p><b>Nombre de los padres (aún finados):</b><br/>Del Padre<br/>De la Madre</p> <p><b>Renovación:</b><br/>Del            Al<br/>Mes<br/>Año</p> <p><b>Tipo de Pago:</b><br/>Cuota completa pago anual<br/>Cuota completa pago bimestral<br/>Cuota completa pago trimestral<br/>Cuota completa pago cuatrimestral<br/>Cuota completa pago semestral<br/>Salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento de la inscripción<br/>Neto a pagar</p> <p><b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br/>Identificación oficial con fotografía y firma del representante legal<br/>Constancia de domicilio del sujeto obligado<br/>Constancia de pago de la cuota anual o parcialidad anticipadas</p> <p><b>Los datos correspondientes al formato AFIL 01 "Aviso de Inscripción Patronal o de Modificaciones en su Registro" señalado en este anexo, aplican en este trámite.</b></p> |



| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                                    | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud.                    | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Renovación del Aseguramiento en la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social, de Trabajadores No Asalariados, Ejidatarios, Comuneros, Colonos y Pequeños Propietarios, en forma individual. | Tres días hábiles.                                                                                              |                      | <b>Datos que aplican en este trámite:</b><br>Clave de Argumento<br><b>Datos del sujeto de aseguramiento:</b><br>Sexo<br>U.M.F.<br>Teléfono<br><b>Lugar y fecha de nacimiento:</b><br>Entidad<br>Delegación<br>Día<br>Mes<br>Año<br><b>Nombre de los padres (aun finados)</b><br>Del Padre<br>De la Madre<br><b>Renovación:</b><br>Del Al<br>Mes<br>Año<br><b>Tipo de Pago:</b><br>Cuota completa pago anual<br>Salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento de la renovación<br>Neto a pagar<br><b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br>Identificación oficial con fotografía y firma<br>Constancia de pago de la cuota anual anticipada                                                                                                                                                                                 |
| Renovación del Aseguramiento en la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social, de Trabajadores No Asalariados, Ejidatarios, Comuneros, Colonos y Pequeños Propietarios, en forma colectiva.  | Cinco días hábiles, hasta por 25 solicitudes, aumentando tres días hábiles por cada 20 solicitudes adicionales. |                      | <b>Datos que aplican en este trámite:</b><br>Clave de Argumento<br><b>Datos del sujeto de aseguramiento:</b><br>Sexo<br>U.M.F.<br>Teléfono<br><b>Lugar y fecha de nacimiento:</b><br>Entidad<br>Delegación<br>Día<br>Mes<br>Año<br><b>Nombre de los padres (aun finados)</b><br>Del Padre<br>De la Madre<br><b>Renovación:</b><br>Del Al<br>Mes<br>Año<br><b>Tipo de Pago:</b><br>Cuota completa pago anual<br>Cuota completa pago bimestral<br>Cuota completa pago trimestral<br>Cuota completa pago cuatrimestral<br>Cuota completa pago semestral<br>Salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento de la renovación<br>Neto a pagar<br><b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br>Identificación oficial con fotografía y firma del representante legal<br>Constancia de pago de la cuota anual o parcialidad anticipadas |
| Inscripción en la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social, de Patrón Persona Física con Trabajadores a su Servicio.                                                                       | Tres días hábiles.                                                                                              |                      | <b>Datos que aplican en este trámite:</b><br>Clave de Argumento<br><b>Datos del sujeto de aseguramiento:</b><br>Sexo<br>U.M.F.<br>Teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                               | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                |                                                                                              |                      | <b>Lugar y fecha de nacimiento:</b><br>Entidad<br>Delegación<br>Día<br>Mes<br>Año<br><b>Nombre de los padres (aun finados)</b><br>Del Padre<br>De la Madre<br><b>Renovación:</b><br>Del            Al<br>Mes<br>Año<br><b>Tipo de Pago:</b><br>Cuota completa pago anual<br>Salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento de la inscripción<br>Neto a pagar<br><b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br>Identificación oficial con fotografía y firma<br>Constancia de domicilio<br>Copia del formato AFIL-01.- Aviso de Inscripción Patronal o de Modificaciones en su Registro<br>Constancia de pago de la cuota anual anticipada                   |
| Renovación del Aseguramiento en la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social, de Patrón Persona Física con Trabajadores a su Servicio. | Tres días hábiles.                                                                           |                      | <b>Datos que aplican en este trámite:</b><br>Clave de Argumento<br><b>Datos del sujeto de aseguramiento:</b><br>Sexo<br>U.M.F.<br>Teléfono<br><b>Lugar y fecha de nacimiento:</b><br>Entidad<br>Delegación<br>Día<br>Mes<br>Año<br><b>Nombre de los padres (aun finados)</b><br>Del Padre<br>De la Madre<br><b>Renovación:</b><br>Del            Al<br>Mes<br>Año<br><b>Tipo de Pago:</b><br>Cuota completa pago anual<br>Salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento de la renovación<br>Neto a pagar<br><b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br>Identificación oficial con fotografía y firma<br>Constancia de pago de la cuota anual anticipada |
| Inscripción en la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social, de Trabajadores Domésticos.                                               | Tres días hábiles.                                                                           |                      | <b>Los datos correspondientes al formato AFIL 01 "Aviso de Inscripción Patronal o de Modificaciones en su Registro" señalado en este anexo, aplican en este trámite.</b><br><b>Datos que aplican en este trámite:</b><br>Clave de Argumento<br><b>Datos del sujeto de aseguramiento:</b><br>Sexo<br>U.M.F.<br>Teléfono<br><b>Lugar y fecha de nacimiento</b><br>Entidad<br>Delegación<br>Día<br>Mes<br>Año                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                         | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud.                                                                                                                                                                                                      | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      | <b>Nombre de los padres (aun finados)</b><br>Del Padre<br>De la Madre<br><b>Renovación:</b><br>Del                   Al<br>Mes<br>Año<br><b>Tipo de Pago:</b><br>Cuota completa pago anual<br>Salario Diario Integrado que perciba el trabajador doméstico<br>Neto a pagar<br><b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br>Identificación oficial con fotografía y firma del patrón<br>Identificación oficial con fotografía y firma del trabajador doméstico<br>Constancia de domicilio del patrón<br>Constancia de domicilio del asegurado<br>Constancia de pago de la cuota anual anticipada                                                                          |
| Renovación del Aseguramiento en la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social de Trabajadores Domésticos.                                                                         | Tres días hábiles.                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | <b>Datos que aplican en este trámite:</b><br>Clave de Argumento<br><b>Datos del sujeto de aseguramiento:</b><br>Sexo<br>U.M.F.<br>Teléfono<br><b>Lugar y fecha de nacimiento</b><br>Entidad<br>Delegación<br>Día<br>Mes<br>Año<br><b>Nombre de los padres (aun finados)</b><br>Del Padre<br>De la Madre<br><b>Renovación:</b><br>Del                   Al<br>Mes<br>Año<br><b>Tipo de Pago:</b><br>Cuota completa pago anual<br>Salario Diario Integrado que perciba el trabajador doméstico<br>Neto a pagar<br><b>Documentos del sujeto de aseguramiento:</b><br>Identificación oficial con fotografía y firma del patrón<br>Constancia de pago de la cuota anual anticipada |
| Solicitud de Aclaración o Rectificación por Error en la Presentación de Movimientos Afiliatorios.                                                                                                        | Cinco días hábiles para el Instituto, posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación de control que corresponda al domicilio del patrón o sujeto obligado, hasta por diez casos en aclaración o rectificación, aumentando cinco días hábiles más por cada diez casos adicionales. | Definitiva           | <b>Los datos correspondientes a los formatos AFIL 02 "Aviso de Inscripción del Trabajador", "AFIL 03 Aviso de Modificación de Salario del Trabajador y AFIL-04 "Aviso de baja del Trabajador o Asegurado" señalados en este anexo aplican a este trámite.</b><br><b>Documento, que aplica en este trámite:</b><br>Identificación oficial<br>Copia de la Relación de Trabajadores Eventuales de la Construcción                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Solicitud de Rectificación de Movimientos Afiliatorios de alta o reingreso de trabajadores o sujetos de aseguramiento incluidos en el registro patronal y no reconocidos por el patrón o sujeto obligado | Quince días hábiles para el Instituto, posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación de control que corresponda al domicilio del patrón o sujeto obligado, hasta por veinte casos, aumentando cinco días hábiles por cada diez casos adicionales.                                | Definitiva           | <b>Documentos, que aplican en este trámite:</b><br>Identificación oficial<br>Copia simple de liquidación de cuotas obrero patronales<br>Copia de la nómina anterior y posterior al periodo en que se solicita la rectificación<br>Copia simple, en su caso, de la Declaración Anual de Retenciones del Impuesto Sobre la Renta del año solicitado en la rectificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                             | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud.                                                                                                                                                  | Vigencia del trámite                                                                                                                                                                             | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Solicitud de aplicación del artículo 33 de la Ley del Seguro Social (distribución de cuotas entre dos o más patrones o sujetos obligados).   | Diez días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación de control que corresponda al domicilio del patrón o sujeto obligado.                                                                                        | A partir de la fecha en que el Instituto expida la autorización por escrito y hasta en tanto no se modifiquen las condiciones de aseguramiento o el salario Mínimo General del Distrito Federal. | <b>Documento, que aplica en este trámite:</b><br>Identificación oficial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Solicitud de aplicación del artículo 37 de la Ley del Seguro Social (bajas extemporáneas).                                                   | Diez días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación de control que corresponda al domicilio del patrón o sujeto obligado, hasta por veinte casos, aumentando cinco días hábiles por cada diez casos adicionales. | Definitiva. Una vez que ha sido atendida la aclaración.                                                                                                                                          | <b>Documentos, que aplican en este trámite:</b><br>Identificación oficial<br>Copia simple de la copia al carbón del AFIL-04 o comprobante de haberlo efectuado por dispositivo magnético.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Solicitud de Constancia de Vigencia de Derechos.                                                                                             | 2 días hábiles.                                                                                                                                                                                                                               | Temporal, de acuerdo a lo requerido por el solicitante, autorización que no podrá exceder de cincuenta y seis días naturales.                                                                    | <b>Los datos correspondientes al formato SAV 008 "Constancia de Vigencia de Derechos", señalado en este anexo aplica a este trámite:</b><br>El asegurado esta ( status del asegurado en la base de datos del IMSS vigente)<br>Movimiento y fecha (último movimiento registrado en la base de datos del IMSS<br><b>Tiene inscritos a los siguientes beneficiarios:</b><br>Apellido Paterno<br>Apellido Materno<br>Nombre(s)<br>Parentesco<br><b>Fecha de nacimiento:</b><br>Mes<br>Año<br>Esta constancia es válida por (número de días por los que se expide la constancia<br><b>Documento, que aplica en este trámite:</b><br>Identificación oficial |
| Autorización para Recibir Servicios Médicos                                                                                                  | 2 días hábiles.                                                                                                                                                                                                                               | Por el tiempo que dure el trabajador en circunscripción foránea en el desempeño de su encargo. En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.                                    | <b>Documento, que aplica en este trámite:</b><br>Identificación oficial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Autorización Permanente para Recibir Servicios Médicos en Circunscripción Foránea<br>Modalidad:<br>• A petición del Patrón o Sujeto Obligado | Diez días hábiles hasta por veinte casos, aumentando cinco días hábiles por cada diez casos adicionales.                                                                                                                                      | En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite y los trabajadores para los que se solicitó permanezcan vigentes sus derechos                                                      | <b>Documentos, que aplican en este trámite:</b><br>Identificación oficial<br>Carta Patronal en la que el patrón haga constar que el asegurado deberá cambiar de residencia por motivos de trabajo, y recibirá las prestaciones en especie y en dinero.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Autorización Permanente para Recibir Servicios Médicos en Circunscripción Foránea<br>Modalidad:<br>• A petición del Asegurado o Pensionado   | dos días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud en la Unidad de Medicina Familiar                                                                                                                                                 | En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite y el asegurado permanezca vigente en sus derechos                                                                                  | <b>Documentos, que aplican en este trámite:</b><br>Identificación oficial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                                        | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud.                                                                                                               | Vigencia del trámite                                                | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Solicitud de Regularización de Datos: Número de Seguridad Social, Nombre, Mes, Lugar de Nacimiento o Sexo.</p> <p>Modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurado</li> <li>Beneficiario</li> </ul> | <p>Para el beneficiario: Dos días hábiles.</p> <p>Para el asegurado dos días sólo en los casos que la regularización de datos no involucre homonimias o duplicidades en el Número de Seguridad Social.</p> | <p>Definitiva, Una vez que ha sido atendida la aclaración.</p>      | <p><b>Los datos del formato AFIL-07 "Corrección de Datos Estadísticos del Asegurado", aplica a la modalidad "Asegurado":</b></p> <p><b>Datos registrados en la Base de Datos:</b></p> <p>Sexo<br/>Mes de nacimiento<br/>Lugar de nacimiento</p> <p><b>Datos Correctos:</b></p> <p>Sexo<br/>Mes de nacimiento<br/>Lugar de nacimiento</p> <p><b>Los datos del formato HOM 01 "Solicitud de Regularización de Números de Seguridad Social y/o Nombre" aplica a la modalidad "Asegurado"</b></p> <p><b>Datos del Asegurado Registrados en el IMSS:</b></p> <p>Unidad de Medicina Familiar</p> <p><b>Datos del Asegurado Registrados en su acta de nacimiento:</b></p> <p>Nombre del padre<br/>Nombre de la madre</p> <p><b>Datos del Acta de nacimiento:</b></p> <p>Libro<br/>Foja<br/>Juzgado<br/>Lugar y Fecha de expedición</p> <p><b>Datos complementarios del Asegurado:</b></p> <p><b>Domicilio:</b><br/>Teléfono</p> <p><b>Patrón o Sujeto Obligado donde trabaja actualmente:</b></p> <p>Nombre, denominación o Razón Social<br/>Domicilio</p> <p><b>Patrón o Sujeto Obligado que lo inscribió por primera vez al IMSS:</b></p> <p>Nombre, denominación o Razón Social<br/>Fecha o año de ingreso al IMSS<br/>Domicilio</p> <p><b>Patrones con los que ha laborado:</b></p> <p>Nombre<br/>Fecha de alta<br/>Fecha de baja<br/>Entidad Federativa</p> <p><b>Documentos, que aplican en ambas modalidades:</b></p> <p>Copia del AFIL 02<br/>Identificación oficial</p> <p><b>Documentos, que aplica a la modalidad "Asegurado":</b></p> <p>Comprobante del domicilio actual del asegurado<br/>Documento que compruebe el nombre y domicilio del patrón actual<br/>Documento que compruebe el nombre y domicilio o entidad y fecha de ingreso del patrón que lo inscribió por primera vez.<br/>Documento que compruebe con los patrones que ha trabajado con la fecha de alta y baja y su domicilio o entidad federal del centro de trabajo.</p> <p><b>Documentos, que aplican a la modalidad "Beneficiario":</b></p> <p>Copia del AFIL-07 del asegurado<br/>Copia del SAV-02 del asegurado<br/>Copia del AFIL 02 del asegurado</p> |
| <p>Solicitud de baja por pensión para trabajadores de empresas en procedimiento de huelga.</p>                                                                                                                          | <p>Dos días hábiles.</p>                                                                                                                                                                                   | <p>Definitiva, Hasta en tanto se resuelva el conflicto laboral.</p> | <p><b>Los datos correspondientes AFIL-04 "Aviso de baja del Trabajador o Asegurado" señalados en este anexo aplica a este trámite:</b></p> <p><b>Documento, que aplica en este trámite:</b></p> <p>Identificación oficial</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                          | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Solicitud de Inscripción al Seguro de Salud para la Familia:</p> <p>A. Individual.</p> | <p>Dos días hábiles</p>                                                                      | <p>Anual.</p>        | <p><b>Datos que aplican a este trámite:</b></p> <p><b>Del solicitante:</b><br/> Lugar y fecha de nacimiento;<br/> Sexo: Masculino o femenino</p> <p><b>Del grupo familiar (por cada integrante):</b><br/> Nombre completo;<br/> Parentesco con el solicitante del seguro<br/> Sexo: Masculino o femenino<br/> Lugar y fecha de nacimiento<br/> Número de seguridad social, de contar con él.<br/> Clave Unica de Registro de Población (CURP)</p> <p><b>De los familiares adicionales:</b><br/> Nombre completo;<br/> Parentesco con el solicitante del seguro<br/> Sexo: Masculino o femenino<br/> Lugar y fecha de nacimiento<br/> Número de seguridad social, de contar con él.<br/> Clave Unica de Registro de Población (CURP)</p> <p><b>Señalar que se trata de inscripción inicial</b></p> <p><b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br/> Constancia de domicilio<br/> Copia certificada del acta de nacimiento y de matrimonio, en su caso, del solicitante del seguro y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales a inscribir.<br/> Identificación Oficial con fotografía y firma (Credencial para votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional) del solicitante del seguro<br/> Comprobante del pago de las cuotas correspondientes<br/> Dos fotografías recientes tamaño infantil del solicitante del seguro y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales.</p>                                                                              |
| <p>Solicitud de Inscripción al Seguro de Salud para la Familia:</p> <p>B. Colectiva.</p>  | <p>Diez días hábiles y dos días hábiles más, por cada 20 casos adicionales.</p>              | <p>Anual.</p>        | <p><b>Datos que aplican a este trámite:</b></p> <p><b>Del solicitante del seguro o sujeto de aseguramiento:</b><br/> Lugar y fecha de nacimiento<br/> Sexo: Masculino o femenino</p> <p><b>Del grupo familiar (por cada integrante):</b><br/> Nombre completo;<br/> Parentesco con el solicitante del seguro<br/> Sexo: Masculino o femenino<br/> Lugar y fecha de nacimiento<br/> Número de seguridad social, de contar con él.<br/> Clave Unica de Registro de Población (CURP)</p> <p><b>De los familiares adicionales:</b><br/> Nombre completo;<br/> Parentesco con el solicitante del seguro<br/> Sexo: Masculino o femenino<br/> Lugar y fecha de nacimiento<br/> Número de seguridad social, de contar con él.<br/> Clave Unica de Registro de Población (CURP)</p> <p><b>Señalar que se trata de inscripción inicial.</b></p> <p><b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br/> Identificación Oficial con fotografía y firma del representante legal (Credencial para votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional)<br/> Constancia de domicilio de la entidad contratante<br/> Dos fotografías tamaño infantil recientes por cada uno de los solicitantes del seguro y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales a inscribir.<br/> Copia certificada del acta de nacimiento y de matrimonio, en su caso, del solicitante del seguro y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales.<br/> Comprobante del pago de las cuotas correspondientes</p> |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                            | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Solicitud de renovación del Seguro de Salud para la Familia:<br>A. Individual.                                              | Dos días hábiles                                                                             | Anual.               | <b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br>Comprobante del pago de las cuotas correspondientes<br>Identificación Oficial con fotografía y firma del titular del seguro (Credencial para votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional);<br>Una fotografía tamaño infantil reciente del titular del seguro y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales inscritos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Solicitud de renovación del Seguro de Salud para la Familia:<br>B. Colectiva.                                               | Diez días hábiles y dos días hábiles más, por cada 20 casos adicionales.                     | Anual.               | <b>Documentos que aplican en este trámite:</b><br>Identificación Oficial con fotografía y firma del representante legal (Credencial para Votar; Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional).<br>Una fotografía tamaño infantil reciente por cada uno de los titulares asegurados y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales inscritos.<br>Comprobante del pago de las cuotas correspondientes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Solicitud de Certificado de Baja para el Retiro por Desempleo.                                                              | Dos días hábiles.                                                                            |                      | <b>Documento, que aplica a este trámite:</b><br>Identificación oficial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Solicitud de Inscripción al Seguro de Salud para la Familia para Trabajadores Mexicanos en el Extranjero:<br>A. Individual. | Tres días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.                       | Anual.               | <b>Datos que aplican a este trámite:</b><br><b>Datos del titular del seguro</b><br>Sexo: Hombre o mujer<br>Lugar y fecha de nacimiento<br>Teléfono, en su caso.<br><b>Datos del Grupo Familiar, por cada miembro de la familia</b><br>Nombre completo<br>Sexo: Hombre o mujer<br>Lugar y fecha de nacimiento<br>Parentesco con el titular del seguro<br>Número de seguridad social, de contar con él.<br>Clave Unica de Registro de Población (CURP)<br>Teléfono, en su caso.<br><b>Datos de los Familiares Adicionales:</b><br>Nombre completo<br>Parentesco con el titular del seguro<br>Sexo: Hombre o mujer<br>Lugar y fecha de nacimiento<br>Número de seguridad social, de contar con él.<br>Clave Unica de Registro de Población (CURP)<br>Teléfono, en su caso.<br><b>Documentos que aplican a este trámite:</b><br>Identificación oficial con fotografía y firma, ya sea nacional (Credencial para Votar; Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional, Matrícula Consular) o del país donde se encuentre laborando el trabajador mexicano.<br>Copia certificada del acta de nacimiento y de matrimonio, en su caso, del solicitante del seguro y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales a inscribir.<br>Dos fotografías tamaño infantil recientes por cada uno de los solicitantes del seguro y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales. |
| Solicitud de Inscripción al Seguro de Salud para la Familia para Trabajadores Mexicanos en el Extranjero:<br>B. Colectiva.  | Diez días hábiles                                                                            | Anual.               | <b>Datos que aplican a este trámite:</b><br><b>Datos del titular del seguro:</b><br>Sexo: Hombre o mujer<br>Lugar y fecha de nacimiento<br>Teléfono, en su caso<br><b>Datos del Grupo Familiar, por cada miembro de la familia</b><br>Nombre completo<br>Sexo: Hombre o mujer<br>Lugar y fecha de nacimiento<br>Parentesco con el titular del seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                            | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud.                                | Vigencia del trámite                                             | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                  | <p>Número de seguridad social, de contar con él.<br/>Clave Unica de Registro de Población (CURP)<br/>Teléfono, en su caso</p> <p><b>Datos de los Familiares Adicionales:</b><br/>Nombre completo<br/>Parentesco con el titular del seguro<br/>Sexo: Hombre o mujer<br/>Lugar y fecha de nacimiento<br/>Número de seguridad social, de contar con él.<br/>Clave Unica de Registro de Población (CURP)<br/>Teléfono, en su caso</p> <p><b>Documentos que aplican a este trámite:</b><br/>Identificación oficial con fotografía y firma del representante legal de la persona o entidad moral contratante, conforme a la legislación aplicable en el territorio donde se realiza la solicitud de inscripción.<br/>Copia certificada del acta de nacimiento y de matrimonio, en su caso, del solicitante del seguro y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales a inscribir.<br/>Constancia de domicilio de la entidad contratante<br/>Comprobante del pago de las cuotas correspondientes<br/>Dos fotografías tamaño infantil recientes, de cada una de las personas a inscribir (titular del seguro y familiares directos y/o adicionales).</p> |
| Solicitud de renovación del Seguro de Salud para la Familia para Trabajadores Mexicanos en el Extranjero:<br>A. Individual.                                 | Tres días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.                                                      | Anual.                                                           | <p><b>Documentos que aplican a este trámite:</b><br/>Una fotografía reciente tamaño infantil del asegurado y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales, cuyo seguro se va a renovar.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Solicitud de renovación del Seguro de Salud para la Familia para Trabajadores Mexicanos en el Extranjero:<br>B. Colectiva.                                  | Diez días hábiles (si ésta se efectúa dentro de los primeros cinco días hábiles del mes en que deba hacerse la renovación). | Anual.                                                           | <p><b>Documentos que aplican a este trámite</b><br/>Identificación oficial con fotografía y firma del representante legal de la persona o entidad moral contratante, conforme a la legislación aplicable en el territorio donde se realiza la solicitud de renovación<br/>Comprobante del pago de las cuotas correspondientes<br/>Una fotografía reciente tamaño infantil del titular del seguro y de cada uno de sus familiares directos y/o adicionales, cuyo aseguramiento se va a renovar</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Aviso de Estallamiento de Huelga.                                                                                                                           |                                                                                                                             | En tanto existan las condiciones que dieron origen               | <p>Los datos correspondientes al formato AFIL-01 "Aviso de Inscripción Patronal o de Modificaciones en su Registro", señalados en este anexo, aplican a este trámite:</p> <p>Los datos correspondientes al formato PH 01 "Relación de Trabajadores no Considerados en Estado de Huelga", aplican a este trámite:</p> <p>Sello de la empresa</p> <p><b>Documento, que aplica en este trámite:</b><br/>Identificación oficial</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Aviso de Término de Huelga                                                                                                                                  |                                                                                                                             | Definitiva en tanto existan las condiciones que le dieron origen | <p>Los datos correspondientes a los formatos AFIL 01.- "Aviso de Inscripción Patronal o de Modificaciones en su Registro" y PH 01 "Relación de Trabajadores no Considerados en Estado de Huelga", señalados en este anexo, aplica a este trámite:</p> <p><b>Documento, que aplica en este trámite:</b><br/>Identificación oficial</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Denuncia del trabajador y/o beneficiarios en contra de Patrones o Sujetos Obligados.<br>Modalidades:<br>• Trabajador con afiliación irregular ante el IMSS. |                                                                                                                             |                                                                  | <p><b>Datos que aplica para la modalidad: Trabajador con afiliación irregular ante el IMSS, Trabajador que solicita se califique un Accidente de Trabajo y Trabajador que solicita se califique una Enfermedad de Trabajo.</b></p> <p><b>Del Patrón o sujeto Obligado:</b><br/>- Nombre Denominación o Razón Social,<br/>- Giro o Actividad,</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                         | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajador que solicita se califique un accidente de trabajo,</li> <li>Trabajador que solicita se califique una enfermedad de trabajo.</li> </ul> |                                                                                              |                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro patronal,</li> <li>Número de trabajadores que laboran,</li> <li>Domicilio Fiscal y/o del Centro de Trabajo,</li> <li>Número Telefónico.</li> </ul> <p><b>Del Trabajador y/o Beneficiarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre completo del Trabajador. En caso de que la Denuncia sea presentada por un Beneficiario, proporcionar además el nombre completo de éste.</li> <li>Número de Seguridad Social.</li> <li>Clave Unica de Registro de Población (CURP).</li> <li>Estado civil, sexo y edad</li> <li>Domicilio completo del trabajador. En caso de que la denuncia sea presentada por un Beneficiario, proporcionar además, el domicilio completo de éste.</li> <li>Número Telefónico, en caso de contar con éste, o el de un familiar o vecino.</li> <li>Nombre del Padre y Nombre de la Madre.</li> <li>Lugar y Fecha de Nacimiento.</li> <li>Actividad que desempeña o desempeñaba con el patrón o sujeto obligado, así como el nombre de su jefe inmediato.</li> <li>Horario de Labores.</li> <li>Sueldo o Salario Diario que percibe o percibía, así como indicar si percibe o percibía otro tipo de remuneración a su trabajo.</li> <li>Período y forma de pago.</li> <li>Indicar las fechas de: Ingreso real al trabajo, Ingreso al trabajo declarada ante el I.M.S.S., Baja del I.M.S.S. e Interrupción de labores.</li> <li>Indicar si el Patrón o Sujeto Obligado le entrega o entregaba comprobantes de pago de sueldo, e indicar el tipo de comprobante.</li> <li>Indicar si actualmente: Está Afiliado al I.M.S.S. y Labora con el Patrón o Sujeto Obligado y si sufrió Riesgo de Trabajo.</li> <li>Datos del documento de Identificación: (Credencial de Elector, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte o Cédula Profesional). En caso de que la Denuncia sea presentada por un Beneficiario, proporcionar además, los datos de la identificación oficial de éste.</li> <li>Motivo de la Denuncia.</li> </ul> <p><b>Datos que aplica para la modalidad: Trabajador que solicita se califique un Accidente de Trabajo.</b></p> <p><b>Del Trabajador y/o Beneficiarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicar el empleo, trabajo o actividad que desempeña o desempeñaba el día del accidente y tiempo que tenía desempeñándolo.</li> <li>Fecha y Hora del Accidente.</li> <li>Lugar en que ocurrió el Accidente: (Anotar en que lugar dentro de la Empresa, Calle, Carretera, Población, Entidad).</li> <li>Indicar los días de Descanso anteriores al Accidente.</li> <li>Describir en forma detallada y completa cómo ocurrió el accidente, indicando cómo se lesionó el Trabajador y qué hacía en el momento del accidente.</li> <li>Nombre de tres testigos, si los hubo, señalando domicilio y número telefónico, en caso de contar con éstos.</li> <li>Señalar la Autoridad que tomó conocimiento del Accidente.</li> <li>Indicar quién le proporcionó la primera atención médica y a dónde fue trasladado.</li> <li>Indicar el nombre y cargo que ocupa en la empresa, la Persona a quien se le avisó del accidente, así como la hora y la fecha.</li> </ul> <p><b>Datos que aplica para la modalidad: Trabajador que solicita se califique una Enfermedad de Trabajo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicar el empleo, trabajo o actividad que desempeña o desempeñaba, motivo de la Enfermedad de Trabajo.</li> <li>Indicar durante cuánto tiempo ha estado o estuvo expuesto y cuáles son o fueron los agentes contaminantes motivo de la Enfermedad de Trabajo.</li> </ul> |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                          | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite                                                  | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                           |                                                                                              |                                                                       | <p><b>Documento, que aplica para la modalidad: Trabajador con afiliación irregular ante el IMSS, Trabajador que solicita se califique un Accidente de Trabajo y Trabajador que solicita se califique una Enfermedad de Trabajo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación Oficial con fotografía y firma (Credencial de Elector, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte o Cédula Profesional). En caso de que la Denuncia sea presentada por un Beneficiario, además Identificación de éste.</li> </ul> <p><b>Documento, que aplica para la modalidad: Trabajador que solicita se califique un Accidente de Trabajo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Notas Médicas de la Primera Atención recibida.</li> <li>- Acta del Ministerio Público que haya tomado conocimiento del Accidente.</li> <li>- Acta de la Policía Federal de Caminos, en su caso, por el Accidente en carretera Federal.</li> </ul> <p><b>Documento, que aplica para la modalidad: Trabajador que solicita se califique una Enfermedad de Trabajo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Notas Médicas del Padecimiento de la Enfermedad de Trabajo por la cual presenta su denuncia.</li> <li>- Documento en donde se describan los agentes contaminantes a los que estuvo expuesto que originó la Enfermedad de Trabajo.</li> </ul> |
| Solicitud de inscripción en el registro de contador público ante el IMSS. | Treinta días hábiles.                                                                        | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que se dieron origen. | <p><b>Datos que aplican en este trámite.</b></p> <p><b>Datos:</b></p> <p><b>Domicilio Particular del Contador Público:</b></p> <p>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Teléfono<br/>Municipio o Delegación<br/>Entidad<br/>Código Postal<br/>Correo electrónico</p> <p><b>Domicilio Fiscal del Contador Público:</b></p> <p>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Teléfono<br/>Municipio o Delegación<br/>Entidad<br/>Código Postal<br/>Correo electrónico</p> <p>Nombre del despacho al que pertenece<br/>Registro Federal de Contribuyentes del despacho<br/>Número de despacho ante el Sistema de Administración Tributaria</p> <p><b>Domicilio fiscal del despacho</b></p> <p>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Teléfono<br/>Municipio o Delegación<br/>Entidad<br/>Código Postal<br/>Correo electrónico</p> <p>Cargo que desempeña en el despacho<br/>Correo electrónico del Patrón</p> <p><b>Documento, que aplica en este trámite:</b></p> <p>Tres fotografías recientes en tamaño infantil (de frente)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite                                                  | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Aviso de actualización del registro por modificación de datos de contador público ante el IMSS.</p> <p>Modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Cambio de domicilio fiscal.</li> </ul>                                                                                                                                                                              |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que se dieron origen. | <p><b>Los datos correspondientes al formato DICP-01 "Solicitud para Registro de Contadores Públicos" que, aplican en esta modalidad:</b></p> <p><b>Datos:</b></p> <p><b>Domicilio Particular del Contador Público:</b></p> <p>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Teléfono<br/>Municipio o Delegación<br/>Entidad<br/>Código Postal<br/>Correo electrónico</p> <p><b>Domicilio Fiscal del Contador Público:</b></p> <p>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Teléfono<br/>Municipio o Delegación<br/>Entidad<br/>Código Postal<br/>Correo electrónico</p> <p>Nombre del despacho al que pertenece<br/>Registro Federal de Contribuyentes del despacho<br/>Número de despacho ante el Sistema de Administración Tributaria</p> <p><b>Domicilio fiscal del despacho</b></p> <p>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Teléfono<br/>Municipio o Delegación<br/>Entidad<br/>Código Postal<br/>Correo electrónico</p> <p>Cargo que desempeña en el despacho<br/>Correo electrónico del Patrón</p> <p><b>Documentos anexos que aplican en esta modalidad:</b></p> <p>Copia simple del formato del aviso autorizado y presentado ante el Sistema de Administración Tributaria (formato SAT-R2);</p> |
| <p>Aviso de actualización del registro por modificación de datos de contador público ante el IMSS.</p> <p>Modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>B. Cambio de nombre del despacho al que pertenece, registro federal de contribuyentes del despacho, número del despacho ante el SAT, domicilio fiscal del despacho, y/o cargo que desempeña en el despacho.</li> </ul> |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que se dieron origen. | <p><b>Los datos correspondientes al formato DICP-01 "Solicitud para Registro de Contadores Públicos" que, aplican en esta modalidad:</b></p> <p><b>Datos:</b></p> <p><b>Domicilio Particular del Contador Público:</b></p> <p>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Teléfono<br/>Municipio o Delegación<br/>Entidad<br/>Código Postal<br/>Correo electrónico</p> <p><b>Domicilio Fiscal del Contador Público:</b></p> <p>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Teléfono<br/>Municipio o Delegación<br/>Entidad<br/>Código Postal<br/>Correo electrónico</p> <p>Nombre del despacho al que pertenece<br/>Registro Federal de Contribuyentes del despacho<br/>Número de despacho ante el Sistema de Administración Tributaria</p> <p><b>Domicilio fiscal del despacho</b></p> <p>Calle y/o manzana<br/>Número<br/>Colonia y/o población<br/>Teléfono</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                                                                                    | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite                                                  | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                       | Municipio o Delegación<br>Entidad<br>Código Postal<br>Correo electrónico<br>Cargo que desempeña en el despacho<br>Correo electrónico del Patrón<br><b>Documentos anexos que aplican en esta modalidad:</b><br>Copia simple del formato del aviso autorizado y presentado ante el Sistema de Administración Tributaria (formato SAT 38-1);                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Aviso de actualización del registro por modificación de datos de contador público ante el IMSS.<br>Modalidad:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>C. Cambio de nombre y domicilio del colegio profesional de contadores públicos al que pertenece.</li> </ul> |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que se dieron origen. | <b>Los datos correspondientes al formato DICP-01 "Solicitud para Registro de Contadores Públicos" que, aplican en esta modalidad:</b><br><b>Datos:</b><br><b>Domicilio Particular del Contador Público:</b><br>Calle y/o manzana<br>Número<br>Colonia y/o población<br>Teléfono<br>Municipio o Delegación<br>Entidad<br>Código Postal<br>Correo electrónico<br><b>Domicilio Fiscal del Contador Público:</b><br>Calle y/o manzana<br>Número<br>Colonia y/o población<br>Teléfono<br>Municipio o Delegación<br>Entidad<br>Código Postal<br>Correo electrónico<br>Nombre del despacho al que pertenece<br>Correo electrónico del Patrón<br>Registro Federal de Contribuyentes del despacho<br>Número de despacho ante el Sistema de Administración Tributaria<br><b>Domicilio fiscal del despacho</b><br>Calle y/o manzana<br>Número<br>Colonia y/o población<br>Teléfono<br>Municipio o Delegación<br>Entidad<br>Código Postal<br>Correo electrónico<br>Cargo que desempeña en el despacho<br><b>Documentos anexos que aplican en esta modalidad:</b><br>Constancia de membresía expedida por el nuevo colegio o asociación profesional de contadores públicos |
| Sustitución de contador público por solicitud del patrón, por incapacidad física o impedimento legal del contador público.                                                                                                                                          | Quince días hábiles.                                                                         | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que se dieron origen. | <b>Correo electrónico del patrón</b><br><b>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A1 "Anexo 1 para patrones con más de un Registro Patronal", que en su caso aplican en este trámite:</b><br><b>Datos:</b><br>Domicilio del centro de trabajo de los registros patronales<br>Antecedente<br><b>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A2 "Anexo 2 para patrones con Registro Patronal Unico", que en su caso aplican en este trámite:</b><br>Domicilio de los registros patronales sustituidos<br>Antecedente<br><b>Documento, que aplica en esta modalidad:</b><br>Copia de la credencial expedida por el Instituto al Contador Público Autorizado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                   | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Presentación del aviso de dictamen para efectos del seguro social.<br>Modalidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Obligatorio.</li> </ul>                                 |                                                                                              |                      | <b>Correo electrónico del Patrón</b><br><b>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A1 "Anexo 1 para patrones con más de un Registro Patronal", que en su caso aplican en este trámite:</b><br><b>Datos:</b><br>Domicilio del centro de trabajo de los registros patronales<br>Antecedente<br><b>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A2 "Anexo 2 para patrones con Registro Patronal Unico", que en su caso aplican en este trámite:</b><br>Domicilio de los registros patronales sustituidos<br>Antecedente<br><b>Documento que aplica en esta modalidad:</b><br>Acta constitutiva de la sociedad o asociación y modificaciones, debidamente inscritas en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio que corresponda;<br>Copia de la credencial expedida por el Instituto al Contador Público Autorizado. |
| Presentación del aviso de dictamen para efectos del seguro social.<br>Modalidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>B. Voluntario espontáneo.</li> </ul>                       |                                                                                              |                      | <b>Correo electrónico del Patrón</b><br><b>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A1 "Anexo 1 para patrones con más de un Registro Patronal", que en su caso aplican en este trámite:</b><br><b>Datos:</b><br>Domicilio del centro de trabajo de los registros patronales<br>Antecedente<br><b>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A2 "Anexo 2 para patrones con Registro Patronal Unico", que en su caso aplican en este trámite:</b><br>Domicilio de los registros patronales sustituidos<br>Antecedente<br><b>Documento que aplica en esta modalidad:</b><br>Acta constitutiva de la sociedad o asociación y modificaciones, debidamente inscritas en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio que corresponda;<br>Copia de la credencial expedida por el Instituto al Contador Público Autorizado. |
| Presentación del aviso de dictamen para efectos del seguro social.<br>Modalidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>C. Voluntario inducido por visita domiciliaria.</li> </ul> |                                                                                              |                      | <b>Correo electrónico del Patrón</b><br><b>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A1 "Anexo 1 para patrones con más de un Registro Patronal", que en su caso aplican en este trámite:</b><br><b>Datos:</b><br>Domicilio del centro de trabajo de los registros patronales<br>Antecedente<br><b>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A2 "Anexo 2 para patrones con Registro Patronal Unico", que en su caso aplican en este trámite:</b><br>Domicilio de los registros patronales sustituidos<br>Antecedente<br><b>Documento que aplica en esta modalidad:</b><br>Acta constitutiva de la sociedad o asociación y modificaciones, debidamente inscritas en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio que corresponda;<br>Copia de la credencial expedida por el Instituto al Contador Público Autorizado  |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite                                                                                                                    | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Presentación del aviso de dictamen para efectos del seguro social.</p> <p>Modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>D. Voluntario inducido por Solicitud Patronal, o por Invitación del Instituto a la Corrección; cuando exista algún requerimiento de los señalados en el artículo 251 fracción XXVIII, segundo párrafo de la Ley del Seguro Social.</li> </ul> |                                                                                              |                                                                                                                                         | <p><b>Correo electrónico del Patrón</b></p> <p>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A1 "Anexo 1 para patrones con más de un Registro Patronal", que en su caso aplican en este trámite:</p> <p><b>Datos:</b></p> <p>Domicilio del centro de trabajo de los registros patronales</p> <p>Antecedente</p> <p>Los datos correspondientes al formato DICP-02 A2 "Anexo 2 para patrones con Registro Patronal Único", que en su caso aplican en este trámite:</p> <p>Domicilio de los registros patronales sustituidos</p> <p>Antecedente</p> <p><b>Documento que aplica en esta modalidad:</b></p> <p>Acta constitutiva de la sociedad o asociación y modificaciones, debidamente inscritas en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio que corresponda;</p> <p>Copia de la credencial expedida por el Instituto al Contador Público Autorizado.</p> |
| <p>Solicitud de prórroga de servicios médicos para beneficiarios hijos mayores de 16 años</p> <p>Modalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional</li> <li>Cuando padezcan una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico</li> </ul>                                                                 | Dos días hábiles.                                                                            | Sujeta a la vigencia del asegurado o pensionado y a la existencia de las condiciones que dieron origen al registro de los beneficiarios | <p><b>Documento, que aplica a estas modalidades:</b></p> <p>Identificación oficial del asegurado o pensionado.</p> <p>Identificación oficial del beneficiario o documento oficial con fotografía</p> <p><b>Documento, que aplica a la modalidad "Cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional":</b></p> <p>La constancia de estudios expedida por la institución educativa que forme parte del Sistema Educativo Nacional (con reconocimiento y validez oficial).</p> <p><b>Documento, que aplica a la modalidad "Cuando padezcan una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico":</b></p> <p>El dictamen expedido por los servicios médicos institucionales.</p>                                                                                                                                                                       |
| <p>Solicitud de Constancia de Semanas Reconocidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                | Dos días hábiles.                                                                            | Definitiva.                                                                                                                             | <p><b>Documento, que aplica a estas modalidades:</b></p> <p>Identificación oficial del asegurado o pensionado</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>Inscripción de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo.</p> <p>Modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Registro.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.                                                                   | <p>Los datos correspondientes al formato CLEM 01 "Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", aplican para la inscripción patronal:</p> <p><b>Domicilio:</b></p> <p>Teléfono</p> <p>Fax</p> <p><b>Materias primas y materiales:</b></p> <p>Nombre</p> <p><b>Maquinaria y equipo:</b></p> <p>Número de unidades</p> <p>Nombre</p> <p>Uso</p> <p>Combustible o energía</p> <p>Capacidad o potencia</p> <p><b>Personal:</b></p> <p>Número de trabajadores</p> <p>Oficio u ocupación</p> <p><b>Procesos de Trabajo</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>Inscripción de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo.</p> <p>Modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>B. Escisión para la empresa Escindida</li> </ul>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.                                                                   | <p>Los datos correspondientes al formato CLEM 01 "Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", aplican para la escisión (empresas escindidas).</p> <p><b>Domicilio:</b></p> <p>Teléfono</p> <p>Fax</p> <p><b>Materias primas y materiales:</b></p> <p>Nombre</p> <p><b>Maquinaria y equipo:</b></p> <p>Número de unidades</p> <p>Nombre</p> <p>Uso</p> <p>Combustible o energía</p> <p>Capacidad o potencia</p> <p><b>Personal:</b></p> <p>Número de trabajadores</p> <p>Oficio u ocupación</p> <p><b>Procesos de Trabajo</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                                                                                                        | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite                                                  | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo.</p> <p>Modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Por cambio de actividad</li> </ul>                                                                                                |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen. | <p>Los datos del patrón o sujeto obligado correspondientes al formato CLEM-01 "Inscripción de las Empresas y Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", que aplican en esta modalidad:</p> <p><b>Domicilio:</b><br/>Teléfono<br/>Fax</p> <p><b>Materias primas y materiales:</b><br/>Nombre</p> <p><b>Maquinaria y equipo:</b><br/>Número de unidades<br/>Nombre<br/>Uso<br/>Combustible o energía<br/>Capacidad o potencia</p> <p><b>Personal:</b><br/>Número de trabajadores<br/>Oficio u ocupación</p> <p><b>Procesos de trabajo</b></p> |
| <p>Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo.</p> <p>Modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>B. Por incorporación de actividades; por sustitución patronal.</li> </ul>                                                            |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen. | <p>Los datos del patrón o sujeto obligado correspondientes al formato CLEM-01 "Inscripción de las Empresas y Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", que aplican en esta modalidad:</p> <p><b>Domicilio:</b><br/>Teléfono<br/>Fax</p> <p><b>Materias primas y materiales:</b><br/>Nombre</p> <p><b>Maquinaria y equipo:</b><br/>Número de unidades<br/>Nombre<br/>Uso<br/>Combustible o energía<br/>Capacidad o potencia</p> <p><b>Personal:</b><br/>Número de trabajadores<br/>Oficio u ocupación</p> <p><b>Procesos de trabajo</b></p> |
| <p>Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo.</p> <p>Modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>C. Por compra de activos, por cualquier acto de enajenación; por arrendamiento; por comodato, por fideicomiso traslativo.</li> </ul> |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen. | <p>Los datos del patrón o sujeto obligado correspondientes al formato CLEM-01 "Inscripción de las Empresas y Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", que aplican en esta modalidad:</p> <p><b>Domicilio:</b><br/>Teléfono<br/>Fax</p> <p><b>Materias primas y materiales:</b><br/>Nombre</p> <p><b>Maquinaria y equipo:</b><br/>Número de unidades<br/>Nombre<br/>Uso<br/>Combustible o energía<br/>Capacidad o potencia</p> <p><b>Personal:</b><br/>Número de trabajadores<br/>Oficio u ocupación</p> <p><b>Procesos de trabajo</b></p> |
| <p>Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo.</p> <p>Modalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>D. Por cambio de domicilio.</li> </ul>                                                                                               |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen. | <p>Los datos del patrón o sujeto obligado correspondientes al formato CLEM-01 "Inscripción de las Empresas y Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", que aplican en esta modalidad:</p> <p><b>Domicilio:</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                                                                          | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite                                                  | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                       | Teléfono<br>Fax<br><b>Materias primas y materiales:</b><br>Nombre<br><b>Maquinaria y equipo:</b><br>Número de unidades<br>Nombre<br>Uso<br>Combustible o energía<br>Capacidad o potencia<br><b>Personal:</b><br>Número de trabajadores<br>Oficio u ocupación<br><b>Procesos de trabajo</b>                                                                                                                                                                                                                             |
| Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo.<br>Modalidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>E. por fusión; por escisión para la empresa escidente.</li> </ul> |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen. | <b>Los datos del patrón o sujeto obligado correspondientes al formato CLEM-01 "Inscripción de las Empresas y Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", que aplican en esta modalidad:</b><br><b>Domicilio:</b><br>Teléfono<br>Fax<br><b>Materias primas y materiales:</b><br>Nombre<br><b>Maquinaria y equipo:</b><br>Número de unidades<br>Nombre<br>Uso<br>Combustible o energía<br>Capacidad o potencia<br><b>Personal:</b><br>Número de trabajadores<br>Oficio u ocupación<br><b>Procesos de trabajo</b> |
| Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo.<br>Modalidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>F. Por reanudación de actividades.</li> </ul>                     |                                                                                              | Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen. | <b>Los datos del patrón o sujeto obligado correspondientes al formato CLEM-01 "Inscripción de las Empresas y Modificaciones en el Seguro de Riesgos de Trabajo", que aplican en esta modalidad:</b><br><b>Domicilio:</b><br>Teléfono<br>Fax<br><b>Materias primas y materiales:</b><br>Nombre<br><b>Maquinaria y equipo:</b><br>Número de unidades<br>Nombre<br>Uso<br>Combustible o energía<br>Capacidad o potencia<br><b>Personal:</b><br>Número de trabajadores<br>Oficio u ocupación<br><b>Procesos de trabajo</b> |
| Presentación de la determinación anual de la prima en el seguro de riesgos de trabajo.                                                                                    |                                                                                              |                                                                       | <b>Los datos correspondientes al formato CLEM-22 "Determinación de la Prima del Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad", aplican en este trámite:</b><br><b>Datos:</b><br><b>Datos generales de la Empresa:</b><br>Teléfono<br><b>Resultado de la Determinación de la Prima:</b><br>Precisar si se registró siniestralidad laboral (SI / NO)<br>Precisar si se anexa la "Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados" (SI / NO)                                        |



| Nombre del trámite y/o modalidad                                                                                          | Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud. | Vigencia del trámite                                  | Datos y documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                           |                                                                                              |                                                       | <b>Acreditación de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social</b><br>SI / NO<br><b>Los datos correspondientes al formato CLEM-22 A "Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados", aplican en este trámite:</b><br><b>Datos:</b><br><b>Datos generales de la Empresa</b><br>Teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Solicitud de Adhesión para la Asignación del Registro Patronal Único                                                      |                                                                                              |                                                       | <b>Los datos del formato "Solicitud de adhesión para la asignación del RPU" aplican a este trámite:</b><br>Delegación<br>Fecha de Incorporación a IDSE<br><b>Los datos del formato Carta de Aceptación por parte del patrón de las Condiciones en que operará el R.P.U. o aplican a este trámite:</b><br>Delegación<br><b>Los datos del formato Relación de Registros Patronales, aplican a este trámite:</b><br>clase con la que cotiza en el Registro Patronal<br>fracción con la que está registrado cada Registro Patronal<br>Prima con la que está registrado cada Registro Patronal<br><b>Documento, que aplica a estas modalidades:</b><br>Identificación oficial del asegurado o pensionado |
| Solicitud de Cancelación del Registro Patronal Único                                                                      |                                                                                              |                                                       | <b>Documento, que aplica a estas modalidades:</b><br>Identificación oficial del patrón o su representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Solicitud de Asignación de Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital                            |                                                                                              | En tanto existan las condiciones que le dieron origen | <b>Documento, que aplica a estas modalidades:</b><br>Identificación oficial del asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Solicitud de Asignación de Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital.<br>Cancelación en Línea   |                                                                                              | En tanto existan las condiciones que le dieron origen |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Solicitud de Asignación de Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital.<br>Cancelación Presencial |                                                                                              | En tanto existan las condiciones que le dieron origen | <b>Documento, que aplica a estas modalidades:</b><br>Identificación oficial del asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Solicitud Vía Internet de la Asignación de Certificado Digital Adicional Asociado.                                        |                                                                                              | En tanto existan las condiciones que le dieron origen |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Solicitud Vía Internet de la Cancelación de Certificado Digital Adicional Asociado.                                       |                                                                                              | En tanto existan las condiciones que le dieron origen |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Atentamente

Documento aprobado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social mediante Acuerdo 489/2005 de fecha 26 de octubre de 2005.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García**.-  
 Rúbrica.

(R.- 226301)