

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

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

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

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

Atentamente

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SERVICIOS DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS

C.V.R.O. 01

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LA CONTINUACIÓN VOLUNTARIA EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO
INVALIDEZ Y VIDA, RETIRO, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ

DELEGACIÓN _____ SUBDELEGACIÓN _____

I. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S) COMPLETO (S)

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

C.U.R.P.

DOMICILIO:

CALLE

NÚMERO EXTERIOR E INTERIOR

COLONIA

ENTIDAD O MUNICIPIO

CÓDIGO POSTAL

FECHA DE SOLICITUD

FIRMA DEL SOLICITANTE

II. CERTIFICACIÓN DE MOVIMIENTOS AFILIATORIOS DE LAS ÚLTIMAS 52 SEMANAS RECONOCIDAS

FECHA DE MOVIMIENTO

REGISTRO PATRONAL

REINGRESO

BAJA

No. DE SEMANAS

OBSERVACIONES:

III. CERTIFICACIÓN DE LA C.V.R.O.

CON DERECHO

SI ☐NO ☐

ÚLTIMO SALARIO REGISTRADO _____

FECHA DE CERTIFICACIÓN _____

IV. OPCIÓN

A PARTIR DE;

☐ FECHA DE SOLICITUD _____☐ FECHA DE BAJA _____

SALARIO EN EL QUE

DESEA COTIZAR: _____

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales Sistema Integral de Derechos y Obligaciones (S.I.N.D.O.) con fundamento en el Artículo 15 de la Ley del Seguro Social y 14 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y confidencialidad es conservar, proteger, ordenar y clasificar los datos de los patronos y asegurados, el cual se registró en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifti.org.mx), y podrá ser transmitido al INFONAVIT y a la CONSAR con la finalidad de que el asegurado ejerza sus derechos de ejercicio de créditos de utilidad y disposición de los registros de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Información y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la Unidad Administrativa donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimo séptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

FIRMA DEL SOLICITANTE

Instructivo de Llenado del Formato

Solicitud de Inscripción a la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio,
Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez

C.V.R.O. 01

A: Instrucciones Generales

1. Elabora:
 - 1.1. Patrón y empleado de la oficina del IMSS
2. El Instituto proporcionará el formato al interesado, el cual deberá registrar los datos solicitados en el primer recuadro y firmar en forma autógrafa.
3. El interesado deberá expresar, la fecha y el salario con el que desea quedar inscrito en la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio conforme a lo estipulado a la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.
4. El Personal del Instituto, deberá llenar los recuadros denominados: II.- Certificación de Movimientos Afiliatorios de las últimas 52 semanas reconocidas, III.- Certificación de la C.V.R.O. y IV Opción, con la información obtenida de la Base de Datos del Instituto.
5. Documentos o Formatos Adicionales:
 - 5.1. Cualquier documento expedido por el IMSS que contenga el Número de Seguridad Social;
 - 5.2. Identificación oficial con fotografía y firma (Credencial para votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional);
 - 5.3. Recibo de pago de la cuota obrero patronal correspondiente;
 - 5.4. Comprobante de domicilio;
 - 5.5. Tratándose de reingreso, comprobante de pago de las cuotas obrero patronales del período anterior
6. Unidad administrativa ante la que se presenta el trámite:
 - 6.1. En la Subdelegación y Oficinas Administrativas en los Municipios, que corresponda de acuerdo a su domicilio, en el horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

B: Instrucciones Específicas

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

- 3.6. Firma del solicitante:**
- 3.6.1.** Firma autógrafa del solicitante.
- 4. Certificación de Movimientos Afiliatorios de las últimas 52 semanas reconocida. (Exclusivo para el IMSS)**
- 4.1. Registro Patronal.**
- 4.1.1.** Cronológicamente se anotarán los números de los últimos Registros Patronales con los que se encontró registrado al interesado.
- 4.2. Fecha de Movimiento**
- 4.2.1. Reingreso:**
- 4.2.1.1.** Registrar la fecha del último movimiento de reingreso que se presenta en la cuenta individual del solicitante, por cada uno de los Registros Patronales encontrados.
- 4.2.2. Baja:**
- 4.2.2.1.** Registrar la fecha del último movimiento de baja registrado en la cuenta individual del solicitante, por cada uno de los Registros Patronales encontrados.
- 4.3. No. de Semanas:**
- 4.3.1.** Registrar el número de semanas cotizadas resultante de la diferencia obtenida entre la fecha de ingreso o reingreso del trabajador contra la fecha de baja registrada en la base de datos del Instituto.
- 5. Certificación de C.V.R.O. (Exclusivo para el IMSS)**
- 5.1. Con Derecho**
- 5.1.1.** Registrar en el espacio correspondiente si el interesado tiene o no derecho a la Continuación Voluntaria.
- 5.1.2. Último salario registrado**
- 5.1.2.1.** Anotar el último salario registrado en la Base de Datos del Instituto
- 5.1.3. Fecha de Certificación:**
- 5.1.3.1.** Anotar la fecha en que se efectuó la certificación del derecho a la Continuación Voluntaria.
- 5.1.4. Nombre y Firma del Responsable:**
- 5.1.4.1.** El Jefe del Departamento de Afiliación Vigencia en la Subdelegación, deberá anotar su nombre y firma autógrafa.
- 6. Opción: (Exclusivo para el IMSS).**
- 6.1. A partir de:**
- 6.1.1.** El interesado deberá expresar su voluntad e informar a partir de que fecha es su decisión pagar la Continuación Voluntaria, la cual puede ser:
- 6.1.1.1.** A partir de la fecha de la solicitud o;
- 6.1.1.2.** A partir de la fecha de la baja.
- 6.1.2.** Salario en el que desea cotizar. Puede ser el salario con el que fue dado de baja como asegurado o el que determine el interesado.
- 6.1.3. Firma del solicitante:**
- 6.1.3.1.** Asentar la firma autógrafa o huella digital del Interesado.

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



Dirección de Incorporación y Recaudación
Servicios de Afiliación y Vigencia de Derechos

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE BENEFICIARIOS PADRES

SAV003

Deberá ser requisitada por el Asegurado (a) Pensionado (a) que registra Beneficiarios Padres				
U.M.F.:				
Fecha y lugar:				
Datos generales del solicitante				
_____		_____		_____
<i>Apellido Paterno</i>		<i>Apellido Materno</i>		<i>Nombre(s)</i>
CURP		NSS		
Fecha de nacimiento		_____	_____	_____
		<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>
Lugar de nacimiento:				
Estado Civil:	Casado ()	Soltero ()	Divorciado ()	Unión Libre () Viudo ()
Fecha de inicio del estatus:	_____	_____	_____	
		<i>Mes</i>	<i>Año</i>	
Domicilio:				
_____	_____	_____	_____	_____
<i>Calle</i>	<i>Número</i>	<i>Colonia</i>	<i>C.P.</i>	<i>Delegación o Municipio</i>
Documentos para comprobar domicilio del solicitante				
Recibos de:	Renta ()	Agua ()	Luz ()	Gas () Teléfono () Impuesto Predial () Otro ()
Documentos para comprobar identidad del solicitante				
() Credencial de elector: Número de folio _____		Año de registro _____		
() Cédula Profesional No: _____				
() Cartilla S.M.N. No.: _____		() Pasaporte No: _____		
() Otra identificación oficial con fotografía y firma No: _____		Expedida por: _____		
Documentos para comprobar identidad del beneficiario(s) propuestos:				
PADRE:				
_____		_____		_____
<i>Apellido Paterno</i>		<i>Apellido Materno</i>		<i>Nombre (s)</i>
() Credencial de elector: Número de folio _____		Año de registro _____		
() Pasaporte No.: _____				
() Cartilla S.M.N. No.: _____		() Cédula Profesional No.: _____		
() Otra identificación oficial con fotografía y firma No.: _____		Expedida por: _____		
MADRE				
_____		_____		_____
<i>Apellido Paterno</i>		<i>Apellido Materno</i>		<i>Nombre (s)</i>
() Credencial de elector: Número de folio _____		Año de registro _____		
() Pasaporte No.: _____				
() Cédula Profesional No.: _____				
() Otra identificación oficial con fotografía y firma No.: _____		Expedida por: _____		
Documentos para comprobar parentesco				
() Acta de nacimiento del trabajador(a).				
() Acta de reconocimiento del trabajador(a).				
() Acta de adopción del trabajador(a).				
Del acta presentada;	Libro: _____	Folio: _____	Foja: _____	Fecha de Registro: _____
Lugar y Fecha de expedición: _____				
Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado Sistema de Registro de Beneficiarios, con fundamento en los artículos 84 de la Ley del Seguro Social y, 67 y 68 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y cuya finalidad es contener, proteger, ordenar y clasificar los datos de los derechohabientes del Instituto (asegurados y sus beneficiarios), el cual fue registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Medicina Familiar o la Subdelegación de control del domicilio del asegurado. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoseptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.				
_____ Nombre y Firma del Solicitante				



IMSS

**DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION
SERVICIOS DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DERECHOS**

SAV003

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE BENEFICIARIOS PADRES

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

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

Nombre y firma del Solicitante

DETERMINACION DEL DERECHO

- () Se rechaza la solicitud
() Se autoriza la inscripción

Nombre y firma del empleado responsable

Nombre y firma del Jefe del Departamento, Oficina o Area

Instructivo de Llenado del Formato
Solicitud de Inscripción de Beneficiarios Padres
SAV 003

A. Instrucciones Generales

1. Elabora:
 - 1.1. Este formato deberá ser llenado por el solicitante.
2. El asegurado(a) o pensionado(a) deberá firmar la solicitud o asentar su huella digital, en presencia del empleado institucional.
3. Documentos o formatos adicionales:
 - 3.1. Documentos para comprobar domicilio del solicitante (Recibos de: renta, agua, luz, gas, teléfono, Impuesto Predial).
 - 3.2. Documentos para comprobar identidad del solicitante Identificación Oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte, Cédula Profesional).
 - 3.3. Documentos para comprobar identidad del (los) beneficiario(s) propuesto(s): credencial para votar, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Cédula Profesional,
4. Unidad Administrativa ante la que se presenta el trámite:
 - 4.1. La Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado(a) o pensionado(a) que le corresponde de acuerdo con su domicilio en un horario de 8:00 a 19:30 Horas de lunes a viernes o
 - 4.2. En la Subdelegación de control en caso de que no exista el trámite en la Unidad de Medicina Familiar, en el horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

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

B. Instrucciones Específicas

Anverso

1. **U.M.F.**
 - 1.1. Número de la Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado o pensionado.
2. **Fecha y Lugar**
 - 2.1. Día, mes y año así como el lugar de donde se realiza el trámite.
3. **Datos Generales del Solicitante:**
 - 3.1. **Nombre completo:** Apellido paterno, materno y nombre (s) manifestados por el asegurado mediante documento.
 - 3.2. **C.U.R.P.** Clave Unica de Registro de Población del asegurado en sus 18 posiciones.
 - 3.3. **N.S.S.** El número y dígito verificador del asegurado o pensionado en once posiciones, proporcionado por el Instituto.
 - 3.4. **Fecha de nacimiento:** Día, mes y año.
 - 3.5. **Lugar de nacimiento:** Estado o localidad.
 - 3.6. **Estado civil:** Registrar una cruz, señalando si el solicitante es casado, soltero, divorciado, unión libre o viudo.
 - 3.7. **Fecha de inicio del status:** Fecha a partir de la cual se encuentra en el estado civil manifestado.
 - 3.8. **Domicilio:** Calle, número exterior, interior, colonia, código postal, Delegación o Municipio.

4. **Documentos para comprobar el domicilio del solicitante:** Anotar una cruz señalando que tipo de documento o recibo presenta.
- Renta;
 - Agua;
 - Luz;
 - Gas;
 - Teléfono;
 - Impuesto predial;
 - Otro
5. **Documentos para comprobar la identidad del solicitante:** anotar con una cruz señalando que tipo de documento presenta.
- Credencial para votar (número de folio y año de registro);
 - Pasaporte y su número;
 - Cartilla del Servicio Militar Nacional y su número;
 - Cédula profesional y su número;
 - Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).
6. **Documentos para comprobar la identidad de los beneficiarios propuestos:** anotar el nombre de la madre, del padre o de ambos, según corresponda, y una cruz señalando que tipo de documento presenta.
- Padre:**
- Credencial para votar (número de folio y año de registro);
 - Pasaporte y su número;
 - Cartilla del Servicio Militar Nacional y su número;
 - Cédula profesional y su número;
 - Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).
- Madre:**
- Credencial de elector (número de folio y año de registro);
 - Pasaporte y su número;
 - Cédula profesional y su número;
 - Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).
7. **Documentos para comprobar el parentesco:** Anotar una cruz en el paréntesis señalando el tipo de documento que presenta.
- Acta de Nacimiento del trabajador (a) número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
 - Acta de Reconocimiento del trabajador (a) número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
 - Acta de Adopción del trabajador (a) número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
8. **Nombre y Firma del solicitante**

Reverso

9. **Nombre y Firma del Solicitante:** Nombre y firma del asegurado que registra beneficiarios padres.
10. **Determinación del Derecho:** Este espacio es llenado por personal del IMSS
11. **Nombre y Firma del empleado responsable.** El empleado del IMSS que realice el trámite deberá asentar su nombre y firma.
12. **Nombre y Firma del Jefe del Departamento:** El Jefe del Departamento, Oficina o Area deberá anotar su nombre (s), apellido paterno, apellido materno, y firmara como responsable del trámite efectuado.



IMSS

**DIRECCION DE INCORPORACION Y RECAUDACION
SERVICIOS DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DERECHOS**

SAV004

**SOLICITUD DE INSCRIPCION DE BENEFICIARIO
CONCUBINA O CONCUBINARIO**

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

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

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

Nombre y firma del Solicitante

DETERMINACION DEL DERECHO

- () Se rechaza la solicitud
() Se autoriza la inscripción

Nombre y firma del empleado responsable

Nombre y firma del Jefe del Departamento, Oficina o Area

Instructivo de Llenado del Formato
Solicitud de Inscripción de Concubina o Concubinario
SAV 004

1. Elabora:
 - 1.1. Este formato deberá ser llenado por el solicitante.
2. El asegurado(a) o pensionado(a) deberá firmar la solicitud o asentar su huella digital, en presencia del empleado institucional.
3. Documentos o formatos adicionales:
 - 3.1. Documentos para comprobar el domicilio del solicitante (Recibos de: Renta, Agua, Luz, Gas, Teléfono, Impuesto Predial).
 - 3.2. Documentos para comprobar la identidad del solicitante: Identificación Oficial con fotografía y firma (Credencial para Votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional).
 - 3.3. Documentos para comprobar la identidad del (los) beneficiario(s) propuesto(s): (Credencial de elector, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Cédula Profesional).
 - 3.4. Documentos para comprobar hijos comunes: Nombre del hijo primogénito: Acta de nacimiento, Acta de reconocimiento, otra acta civil:
4. Unidad Administrativa ante la que se presenta el trámite:
 - 4.1. La Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado(a) o pensionado(a) que le corresponde de acuerdo con su domicilio en un horario de 8:00 a 19:30 Horas de lunes a viernes o
 - 4.2. En la Subdelegación de control en caso de que no exista el trámite en la Unidad de Medicina Familiar, en el horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

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

B. Instrucciones Específicas

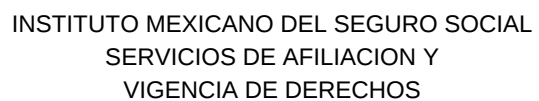
Anverso

1. **U.M.F.**
 - 1.1. Número de la Unidad de Medicina Familiar de adscripción del asegurado o pensionado.
2. **Fecha y Lugar:**
 - 2.1. Día, Mes y año así como el lugar de donde se realiza el trámite.
3. **Datos Generales del Solicitante:**
 - 3.1. **Nombre completo:** (Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) manifestados por el asegurado mediante documento).
 - 3.2. **C.U.R.P.** Clave Unica de Registro de Población del asegurado en sus 18 posiciones.
 - 3.3. **N.S.S.** El número y dígito verificador del asegurado o pensionado en once posiciones, proporcionado por el Instituto.
 - 3.4. **Fecha de nacimiento:** Anotar día, mes y año.
 - 3.5. **Lugar de nacimiento:** Estado o Localidad
 - 3.6. **Estado civil:** Registrar una cruz, señalando si el solicitante es casado, soltero, divorciado, unión libre o viudo.
 - 3.7. **Fecha de inicio del status:** Fecha a partir de la cual se encuentra en el estado civil manifestado.
 - 3.8. **Domicilio:** Calle, número exterior, interior, colonia, código postal, delegación o municipio

4. **Documentos para comprobar el domicilio del solicitante:** Anotar una cruz señalando que tipo de documento o recibo presenta:
- Renta
 - Agua
 - Luz.
 - Gas
 - Teléfono
 - Impuesto predial.
 - Otro
5. **Documentos para comprobar identidad del solicitante:** Anotar una cruz señalando que tipo de documento o recibo presenta:
- Credencial de elector; (Número de folio y año de registro).
 - Pasaporte y su número;
 - Cartilla del Servicio Militar Nacional y su número;
 - Cédula profesional y su número;
 - Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).
6. **Nombre de la concubina o concubinario:** Apellido paterno, materno y nombre (s) manifestados por el asegurado mediante documento.
7. **Documentos para comprobar identidad del beneficiario propuesto:** Anotar una cruz señalando que tipo de documento presenta:
- Credencial de elector. (número de folio y año de registro de su credencial para votar).
 - Pasaporte y su número;
 - Cartilla del Servicio Militar Nacional. número de la misma. (Este documento solo se presenta si el beneficiario es del sexo masculino),
 - Cédula profesional y su número;
 - Otra identificación oficial con fotografía y firma (Número y quien la expidió).
8. **Documentos para comprobar hijos comunes:**
- Acta de Nacimiento; número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
 - Acta de reconocimiento; número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
 - Otra acta civil; número del libro, folio, foja con que está registrada, lugar de expedición y fecha de registro;
9. **Nombre y firma del solicitante:** Nombre y firma del asegurado o pensionado que registra beneficiaria (o) concubina (rio).

Reverso

10. **Nombre y firma del Solicitante.** Nombre y firma del asegurado o pensionado que registra beneficiaria (o) concubina (rio).
11. **Determinación del derecho:** Este espacio es llenado por personal del IMSS
12. **Nombre y firma del empleado responsable:** El empleado que realice el trámite deberá asentar su nombre y firma.
13. **Nombre y firma del Jefe del Departamento:** El Jefe del Departamento, Oficina o Area deberá anotar su nombre (s), apellido paterno, apellido materno, y firmará como responsable del trámite efectuado.



RELACION DE TRABAJADORES
NO CONSIDERADOS
EN ESTADO DE HUELGA
PH-01

[illegible]

NOMBRE Y FIRMA DEL PATRON O SUJETO
OBLIGADO O REPRESENTANTE LEGAL

SELO DE LA EMPRESA

LUGAR Y FECHA

Instructivo de Llenado del Formato
Relación de Trabajadores no Considerados en Estado de Huelga
PH -01

A: Instrucciones Generales

1. Elabora:
 - 1.1. Patrón o Representante Legal
2. El Instituto proporcionará el formato al patrón, el cual deberá registrar los datos solicitados en el primer recuadro y firmar en forma autógrafa.
3. Documentos o Formatos Adicionales:
 - 3.1. Escrito libre comunicando el estallamiento de la huelga;
 - 3.2. Constancias que acrediten el estallamiento de la huelga
 - 3.3. Identificación oficial con fotografía y firma (Credencial para Votar, Cartilla del Servicio Militar Nacional, Pasaporte, Cédula Profesional);
 - 3.4. Tarjeta de Identificación Patronal
4. Unidad administrativa ante la que se presenta el trámite:
 - 4.1. En la Subdelegación y Oficinas Administrativas en los Municipios, que corresponda de acuerdo a su domicilio, en el horario de 8:00 a 15:30 horas, de lunes a viernes.

B: Instrucciones Específicas

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

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

(R.- 244798)

ACUERDO número 533/2006 del H. Consejo Técnico del IMSS, del 29 de noviembre de 2006, por el que se aprueban los Lineamientos para la Adhesión de los Números Patronales de Identificación Electrónica de las Sucursales al Número Patronal de Identificación Electrónica de la Matriz, que se acompañan como Anexo Único.

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

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 29 de noviembre del presente año, dictó el Acuerdo número 533/2006, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en los Artículos 251 fracciones VIII, XIII y XXXVII, 263 y 264 fracciones III y XVII de la Ley del Seguro Social, 31 fracciones II, IV y XX del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, 5, 6 y 14 penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, en relación con lo dispuesto por el Artículo 15 fracciones I, II, III, IV y último párrafo de la invocada Ley del Seguro Social y, de conformidad con la propuesta formulada por las Direcciones de Incorporación y Recaudación, y de Innovación y Desarrollo Tecnológico, a que se refiere el oficio 826 del 16 de noviembre de 2006, de la propia Dirección de Incorporación y Recaudación, **Acuerda: Primero.-** Aprobar los “Lineamientos para la Adhesión de los Números Patronales de Identificación Electrónica de las Sucursales al Número Patronal de Identificación Electrónica de la Matriz”, presentados por el Director General, los cuales se acompañan como Anexo Único del presente Acuerdo. **Segundo.-** Instruir a la Dirección de Incorporación y Recaudación, para que a través de las Unidades Administrativas competentes, se dé respuesta a las dudas, aclaraciones o planteamientos que con motivo del presente Acuerdo sean formulados. **Tercero.-** Instruir a la Dirección Jurídica de este Instituto, para que una vez concluidos los trámites administrativos a que haya lugar, gestione la publicación del presente Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente

México, D.F., a 6 de diciembre de 2006.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.**- Rúbrica.

Anexo Único

Lineamientos para la Adhesión de los Números Patronales de Identificación Electrónica de las Sucursales al Número Patronal de Identificación Electrónica de la Matriz.

1. Para efectos de los presentes lineamientos serán aplicables las definiciones establecidas en los “Lineamientos para la Asignación de Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital”, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 3 de marzo de 2004, además de las siguientes:
 - a. **Matriz:** Asiento principal del negocio donde se encuentra el domicilio fiscal, que ejerce el control sobre sus sucursales (filiales o subsidiarias) y que puede tomar la decisión de adherir a su Número Patronal de Identificación Electrónica, la funcionalidad de los Números Patronales de Identificación Electrónica de sus sucursales.
 - b. **Sucursal:** Empresa subordinada que puede ser filial o subsidiaria que lleva la misma razón social de la empresa matriz y que cuenta con su propio Número Patronal de Identificación Electrónica.
 - c. **Filial:** Sucursal de la empresa que depende directamente de la matriz.
 - d. **Subsidiaria:** Sucursal de la empresa que depende indirectamente de la matriz.
 - e. **Adhesión de sucursales:** Es la solicitud que realiza la matriz por conducto del patrón o representante legal al Instituto, para centralizar en su Número Patronal de Identificación Electrónica la transmisión de los movimientos afiliatorios, la confronta, consulta y descarga de la emisión de sus sucursales así como las aplicaciones informáticas que en lo futuro desarrolle el Instituto.
 - f. **Disociar sucursales:** Es la solicitud que realiza la matriz por conducto del patrón o representante legal al Instituto, para que los Números Patronales de Identificación Electrónica de una o más de sus sucursales que hayan sido adheridas al Número Patronal de Identificación Electrónica de la matriz, recobren la funcionalidad de la transmisión de movimientos afiliatorios, la confronta, consulta y descarga de la emisión, así como las aplicaciones informáticas que en lo futuro desarrolle el Instituto.

- g. Permiso:** Facultad que tienen las sucursales para realizar alguna de las funciones de transmisión de movimientos afiliatorios, la confronta, la consulta y/o descarga de la emisión, así como las aplicaciones informáticas que en lo futuro desarrolle el Instituto.
- h. Autorización de Permisos:** Atributo que otorga la matriz a su(s) sucursal(es) para realizar alguna de las funciones de transmisión de movimientos afiliatorios, la confronta, la consulta y/o descarga de la emisión, así como las aplicaciones informáticas que en lo futuro desarrolle el Instituto.
- i. Cambio de Permisos:** Es la modificación de los atributos autorizados por la matriz a su (s) sucursal (es) para la transmisión de movimientos afiliatorios, la confronta, la consulta y/o descarga de la emisión, así como las aplicaciones informáticas que en lo futuro desarrolle el Instituto.
- 2.** La matriz por conducto del patrón o representante legal, para todo acto que realice respecto a la solicitud de adhesión, disociación, autorización y cambio de permisos y consulta del estado de sus solicitudes, deberá utilizar su Número Patronal de Identificación Electrónica (NPIE) y Certificado Digital como clave de acceso.
- 3.** El Instituto, por los trámites efectuados por la matriz expedirá en forma inmediata un Acuse de Recibo Electrónico de las transacciones realizadas.
- 4.** La matriz por conducto del patrón o representante legal, podrá solicitar al Instituto en cualquier momento, la adhesión de los Números Patronales de Identificación Electrónica de sus sucursales para centralizar en su NPIE la transmisión de movimientos afiliatorios, la confronta, la consulta y/o descarga de la emisión; así como la disociación, autorización y cambio de permisos de los Números Patronales de Identificación Electrónica de sus sucursales, para lo cual deberá realizar el trámite a través de la página electrónica del Instituto <http://www.imss.gob.mx>.
- 5.** Para efectuar la adhesión de los NPIE de las sucursales al NPIE de la matriz ambos deberán cumplir con lo siguiente:

 - a.** Contar con un NPIE, Certificado digital y Registro Patronal vigentes, y
 - b.** Contar al menos con un trabajador registrado.

En lo que corresponde a la(s) sucursal(es) deberá(n) además, cumplir con lo siguiente:

 - a.** No encontrarse adheridos a otro NPIE matriz;
 - b.** Tener el mismo nombre o denominación social que la matriz, y
 - c.** No contar con un NPIE adherido.
- 6.** En el caso de que no se cumplan los requisitos mencionados en el numeral 5 de los presentes lineamientos, el Instituto está facultado para rechazar las solicitudes de adhesión solicitadas.
- 7.** La matriz para efectuar la solicitud de adhesión deberá efectuar las siguientes acciones en la aplicación del sistema:

 - a.** Seleccionar si su actuación es en calidad de patrón o representante legal.
 - b.** Registrar el Número Patronal de Identificación Electrónica de cada una de las sucursales, y
 - c.** Seleccionar el permiso para realizar alguna o ninguna de las funciones de transmisión de movimientos afiliatorios, la confronta, la consulta y/o descarga de la emisión, así como las aplicaciones informáticas que en lo futuro desarrolle el Instituto.
- 8.** Una vez efectuada la solicitud de adhesión, la aplicación le indicará que la deberá guardar, firmar y enviar electrónicamente, generándose en forma inmediata un acuse de recibo electrónico de la solicitud, la cual contendrá un número de folio, la fecha y hora de realización, aceptando bajo protesta de decir verdad que los datos detallados que muestra la aplicación son ciertos y tendrán efectos jurídicos, validez y fuerza obligatoria y que podrá mostrar la documentación probatoria cuando así se le requiera por el Instituto.
- 9.** El Prestador de Servicios de Certificación verificará en la aplicación los números de folio recibidos y validará que la petición formulada por la matriz a través del patrón o su representante legal cumpla con lo estipulado en el punto 5 de estos lineamientos, en cuyo caso aceptará o rechazará la petición

de adhesión y enviará por la misma vía electrónica en que recibió la solicitud de adhesión, al correo electrónico designado por el patrón cuando éste registró su firma electrónica, la respuesta de que ha sido aceptada o rechazada su petición, en un plazo de diez días hábiles contados a partir de que el Instituto reciba la solicitud de adhesión.

10. El Prestador de Servicios de Certificación enviará al correo electrónico la relación de las sucursales aceptadas o rechazadas por el Instituto, así como los motivos del rechazo.
11. La matriz cuenta con un plazo de cinco días hábiles posteriores a la recepción del correo electrónico generado por el Prestador de Servicios de Certificación, para aceptar la respuesta y firmar en forma electrónica de conformidad la Carta de Términos y Condiciones para la Adhesión de Sucursales que le presenta el sistema, con los NPIE autorizados. Si dentro del plazo de los cinco días el sistema no recibe la notificación de haber firmado la Carta de Términos y Condiciones, el sistema en forma automática cancelará la solicitud, teniendo la matriz que reiniciar la solicitud de adhesión.
12. El sistema informático del Instituto al reconocer que el patrón, o su representante legal aceptó los términos presentados en la aplicación, comunicará en forma electrónica a las sucursales su adhesión al NPIE matriz a través del correo electrónico registrado por cada una de ellas cuando obtuvo su firma digital.
13. En caso que el patrón, no reciba respuesta del Instituto mediante el correo electrónico en el plazo de los diez días hábiles establecidos en el numeral 9 de los presentes Lineamientos, podrá acudir a la Subdelegación de control de su domicilio fiscal a solicitar la aclaración de la solicitud de adhesión presentando el acuse electrónico que genera el sistema, quien contará con cinco días hábiles para dar respuesta.
14. En los casos de NPIE de sucursales rechazadas que sean actualizados en su información, la matriz por conducto del patrón o representante legal, deberá reiniciar la solicitud de adhesión para esas sucursales; la autorización de permisos que otorgue, tendrá que ser la misma que otorgó a las sucursales ya adheridas. Tratándose de solicitud de adhesión de nuevas sucursales, los permisos que podrá autorizar la matriz, serán aplicados en los mismos términos.
15. La matriz podrá solicitar en cualquier momento los cambios de permisos establecidos para todas sus sucursales, a través de la selección que muestra la aplicación. Una vez efectuada la solicitud, el sistema le indicará que la deberá guardar y firmar electrónicamente, generándose en forma inmediata un acuse de recibo electrónico de la aceptación, la cual contendrá un número de folio, la fecha y hora de realización.
16. La matriz podrá solicitar en cualquier momento la disociación de los NPIE de las sucursales ya adheridas, para lo cual deberá seleccionar en la aplicación del Instituto los NPIE a disociar. Una vez efectuada la solicitud de disociación, la aplicación le indicará que deberá guardar la solicitud y firmarla electrónicamente, generándose en forma inmediata un acuse de recibo electrónico de la aceptación de disociación la cual contendrá un número de folio, la fecha y hora de realización.
17. La matriz y sucursales que sean disociadas recobrarán la funcionalidad original del certificado digital.
18. Los trámites realizados por los NPIE de las sucursales adheridas a petición de la matriz, serán reconocidos por el patrón, como propios y auténticos, asimismo, queda bajo su absoluta responsabilidad el manejo de las transmisiones y consultas por persona distinta a la autorizada, aceptando que de ocurrir este supuesto se le atribuirá la autoría de la información que se envía a través de medios electrónicos.
19. Los trámites que se hayan realizado o se estén realizando por los NPIE con anterioridad a la recepción de la aceptación de la Carta de Términos y Condiciones a que se refiere el numeral 11 de estos Lineamientos, deberán concluirse en los términos que se establecen en las disposiciones vigentes.

Disposición Transitoria

Unico. Los presentes Lineamientos surtirán sus efectos a los treinta días contados a partir del día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

(R.- 244799)