

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDO 482/2006 del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, dictado en sesión celebrada el 30 de octubre de 2006.

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

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 30 de octubre del presente año, dictó el Acuerdo número 484/2006, en los siguientes términos:

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

Atentamente

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



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
“2006, Año del Bicentenario del natalicio del Benemérito de las Américas,
Don Benito, Juárez García”
ANEXO “A”

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

Nombre del trámite y/o modalidad	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Plazo de prevención	Vigencia del trámite	Datos y documentos
Solicitud de Pensión de Invalidez:	21 Días Naturales El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanudará, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas. En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanudará el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Pensión: Datos: Del asegurado: Sexo Estado Civil Fecha de nacimiento Prestación que solicita Teléfono (donde se localice al asegurado) Documentos: Del asegurado: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Credencial del asegurado o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo.

Solicitud de Pensión de Cesantía en Edad Avanzada o Vejez:	21 Días Naturales El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanuda, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas. En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanuda el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Pensión: Datos: Del asegurado: Sexo Estado Civil Fecha de nacimiento Prestación que solicita Teléfono (donde se localice al asegurado) Documentos: Del asegurado: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Credencial del asegurado o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo.
Solicitud de Pensión de Viudez: Modalidades: A. Viudo-Esposo B. Viudo-Concubinario C. Viuda-Esposa D. Viuda-Concubina E. Viudo-Esposo Ley 73 F. Viudo-Concubinario Ley 73	21 Días Naturales El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanuda, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas. En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanuda el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Pensión: Datos: Del asegurado: Nombre Número de Seguridad Social Clave Unica del Registro de Población (CURP) Sexo Estado Civil Fecha de defunción AFORE en que se encuentra registrado Unidad de Medicina Familiar Del beneficiario: Sexo Fecha de nacimiento Prestación que solicita Parentesco Teléfono (donde se localice al beneficiario) Documentos: Del asegurado: - Credencial del asegurado o pensionado, o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de defunción, la copia certificada se queda para expediente; - Documento de la AFORE que maneja la cuenta individual, original y copia para cotejo; y - Clave Unica del Registro de Población (CURP), original y copia para cotejo. Del beneficiario: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Copia Certificada expedida por el Registro Civil, de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo.

				Los documentos adicionales correspondientes a la Modalidad Viudo-Esposo: - Copia certificada del acta de matrimonio expedida por el Registro Civil después de la fecha de la defunción de la asegurada, la copia certificada se queda para expediente; y - Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente. Los documentos adicionales correspondientes a la Modalidad Viudo-Concubinario: - Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente; y - Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente. Documento adicional correspondiente a la Modalidad Viuda-Esposa: - Copia certificada del acta de matrimonio expedida por el Registro Civil después de la fecha de la defunción del asegurado, la copia certificada se queda para expediente. Documento adicional correspondiente a la Modalidad Viuda-Concubina: - Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente. Los documentos adicionales correspondientes a la Modalidad Viudo-Esposo Ley 73: - Copia certificada del acta de matrimonio expedida por el Registro Civil después de la fecha de la defunción del asegurado, la copia certificada se queda para expediente; - Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente; y - Dictamen de Invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para expediente. Los documentos adicionales correspondientes a la Modalidad Viudo-Concubinario Ley 73: - Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente; - Constancia testimonial con la que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente; y - Dictamen de Invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para expediente.
Solicitud de Pensión de Orfandad Modalidades: A. Hijo menor de 16 años. B. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante. C. Hijo mayor de 16 años Incapacitado.	21 Días Naturales El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanuda, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas.	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Pensión: Datos: Del asegurado: Nombre Número de Seguridad Social Clave Unica del Registro de Población (CURP) Sexo Estado Civil Fecha de defunción AFORE en que se encuentra registrado Unidad de Medicina Familiar Del beneficiario: Sexo

	En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanudará el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.			Fecha de nacimiento Prestación que solicita Parentesco Teléfono (donde se localice al beneficiario) Del Solicitante: Domicilio Teléfono (donde se localice al solicitante) Documentos: Del asegurado: - Credencial del asegurado o pensionado, o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de defunción, la copia certificada se queda para expediente; - Documento de la AFORE que maneja la cuenta individual, original y copia para cotejo; y - Clave Unica del Registro de Población (CURP), original y copia para cotejo. Del beneficiario: - Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo. Del solicitante: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo. Documento adicional correspondiente a la Modalidad hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante: - Constancia de estudios expedida por las escuelas del Sistema Educativo Nacional con validez oficial, original para expediente. Documento adicional correspondiente a la Modalidad hijo mayor de 16 años Incapacitado: - Dictamen de Invalidez de beneficiario huérfano expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para el expediente.
Solicitud de Pensión de Ascendientes	21 Días Naturales El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanudará, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas. En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanudará el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Pensión: Datos: Del asegurado: Nombre Número de Seguridad Social Clave Unica del Registro de Población (CURP) Sexo Estado Civil Fecha de defunción AFORE en que se encuentra registrado Unidad de Medicina Familiar Del beneficiario: Sexo Fecha de nacimiento Prestación que solicita Parentesco Teléfono (donde se localice al beneficiario) Documentos: Del asegurado: - Credencial del asegurado o pensionado, o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de defunción, la copia certificada se queda para expediente; - Documento de la AFORE que maneja la cuenta individual, original y copia para cotejo; y

				- Clave Unica del Registro de Población (CURP), original y copia para cotejo. Del beneficiario: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo. - Constancia testimonial con la que acredite la dependencia económica expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente.
Solicitud de Asignación Familiar: Modalidades: A. Esposa B. Concubina C. Hijo menor de 16 años D. Hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante. E. Hijo mayor de 16 años Incapacitado. F. Ascendiente	30 Días Hábiles El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanuda, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas. En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanuda el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Pensión: Datos: Del asegurado: Teléfono (donde se localice al asegurado) Prestación que solicita Del beneficiario: Nombre Clave Unica del Registro de Población (CURP) Sexo Parentesco con el pensionado Fecha de nacimiento Documentos: Del asegurado: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Credencial del asegurado o pensionado, o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo. Del beneficiario: - Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; y - Clave Unica del Registro de Población (CURP). Documento adicional correspondiente a la Modalidad Esposa: - Copia certificada del acta de matrimonio expedida por el Registro Civil, de reciente expedición, la copia certificada se queda para expediente. Documento adicional correspondiente a la Modalidad hijo mayor de 16 años y hasta 25 años Estudiante: - Constancia de estudios expedida por las escuelas del Sistema Educativo Nacional con validez oficial, original para expediente. Documentos adicional correspondiente a la Modalidad hijo mayor de 16 años Incapacitado: - Dictamen de Invalidez de beneficiario huérfano expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, que acredite el estado de incapacidad, original para expediente.

Solicitud de Ayuda Asistencial	30 Días Hábiles El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanudará, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas. En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanudará el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Pensión: Datos: Del asegurado: Teléfono (donde se localice al asegurado) Prestación que solicita Documentos: Del asegurado: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Credencial del asegurado o pensionado, o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo. - Dictamen Médico expedido por los Servicios Médicos de Salud en el Trabajo, en el que se indique el porcentaje de ayuda asistencial que los servicios médicos concedieron, original para expediente.
Solicitud de Préstamo a Cuenta de Pensión	30 Días Hábiles		En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite	Los datos del formato Solicitud de Préstamo a Cuenta de Pensión: Datos: Del asegurado: Teléfono (donde se localice al pensionado) Pensión que recibe Documentos: Del asegurado: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original; - Credencial del pensionado, original;
Solicitud de Pensión de Incapacidad Permanente Parcial o Total:	30 Días Naturales El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanudará, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas. En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanudará el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Pensión: Datos: Del asegurado: Sexo Estado Civil Fecha de nacimiento Prestación que solicita Teléfono (donde se localice al asegurado) Documentos: Del asegurado: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Credencial del asegurado o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo.

Solicitud de Pensión de Retiro Anticipado:	30 Días Naturales El plazo de resolución se suspenderá cuando se entregue al interesado algún documento del Instituto para que realice la elección que corresponda; el plazo se reanudará, el día hábil siguiente en que el interesado devuelva el documento a los Servicios de Prestaciones Económicas. En caso de presentarse duplicidad en el número de seguridad social, homonimias, errores y otras circunstancias que puedan entorpecer el trámite, se suspenderá el plazo de resolución, lo que se comunicará al interesado brindándole la orientación necesaria para solucionar la problemática; y el plazo se reanudará el día hábil siguiente en que quede solucionado el problema.	10 Días Naturales.	En tanto existan las condiciones que dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Pensión: Datos: Del asegurado: Sexo Estado Civil Fecha de nacimiento Prestación que solicita Teléfono (donde se localice al asegurado) Documentos: Del asegurado: - Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar, cartilla del Servicio Militar Nacional, pasaporte o cédula profesional), tratándose de extranjeros pasaporte o Forma Migratoria, original y copia para cotejo; - Credencial del asegurado o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo; - Copia Certificada expedida por el Registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia certificada se queda para expediente; y - Comprobante de domicilio reciente de no más de tres meses de expedición (predial, agua, luz o teléfono), original y copia para cotejo.
Solicitud de Ayuda para Gastos de Matrimonio	28 Días Naturales	Inmediato	En tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Ayuda para Gastos de Matrimonio: Datos: - Fecha de matrimonio - Teléfono del asegurado (a) - Fecha de nacimiento del cónyuge Documentos: - En caso de tener inscrito como beneficiario a una concubina (rio), presentará la declaración escrita bajo protesta de decir verdad de que el concubinato terminó.
Solicitud de Ayuda para Gastos de Funeral	28 Días Naturales	Inmediato	En tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite.	Los datos del formato Solicitud de Ayuda para Gastos de Funeral: Datos: - Nombre del asegurado o pensionado extinto - Número de Seguridad Social del asegurado o pensionado extinto - Fecha de defunción del asegurado o pensionado extinto - Ramo de seguro - Domicilio del asegurado o pensionado extinto - Clave Unica del Registro de Población (CURP) del asegurado o pensionado extinto - Teléfono del solicitante

				Documentos: -Credencial del pensionado extinto - Identificación oficial del solicitante (credencial de elector, cédula profesional o documento expedido por el Gobierno Federal o Estatal con fotografía y firma) - Original de la factura de gastos de funeral
Solicitud para el Pago de Subsidios por Incapacidad Temporal para el Trabajo por Riesgo de Trabajo, Enfermedad no profesional y Maternidad.	7 Días Naturales, a partir de la fecha de expedición del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo.	Inmediato	Variable de acuerdo al periodo que ampare el certificado de incapacidad temporal para el trabajo que al efecto expidan los Servicios Médicos.	
Solicitud de Celebración de Convenio de pago Indirecto y Reembolso de Subsidios.	28 Días Naturales	Inmediato	En tanto existan las condiciones que le dieron origen al trámite	Los datos del formato Solicitud de Celebración de Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios: Datos: -Nombre o razón social de la empresa. -Acreditamiento del cargo del representante legal -Domicilio de la empresa. -Sello de la empresa. Documentos: -Copia de la última liquidación de cuotas obrero-patronales al IMSS. -Original y copia de la carta de acreditamiento de las personas autorizadas para recoger cheques y/o facturas de reembolso de subsidios, con fotografía y firmas. -Copia del oficio que acredite la personalidad de los miembros del Comité Ejecutivo Sindical ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en su caso. - Notificación de número de cuenta de cheques e Institución bancaria.
Solicitud de Ingreso e Inscripción a Guardería del IMSS. Modalidades: A. De la trabajadora inscrita en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio. B. Del trabajador inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio Viudo. C. Del trabajador inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio Divorciado. D. Del trabajador inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio que no sea padre consanguíneo o por adopción, que ejerza la patria potestad y tenga la custodia del menor.	Dos días hábiles, de contar con cupo.	Inmediato	En tanto subsistan las condiciones que le dieron origen.	Datos del Formato "Solicitud de Ingreso e Inscripción a Guardería del IMSS": Del menor: - Nombre. - Fecha de nacimiento. De la trabajadora o el trabajador (asegurado): - Teléfono del domicilio particular. - Teléfono del domicilio laboral. - Nombre o Razón Social del lugar de trabajo. - Registro patronal. - Domicilio del lugar de trabajo. - Horario de trabajo. - Tiempo aproximado de traslado del domicilio a la guardería y de ésta al lugar de trabajo.

ANEXO "B" Formatos e instructivos de llenado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES COORDINACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS
---	---

Delegación	No. de Folio:
Subdelegación	SOLICITUD DE PRESTAMO A CUENTA DE PENSION (PRES-01)
U.M.F.	

México, _____ a _____ de _____ de 20____.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Presente. Con fundamento en lo establecido en el artículo 127 de la Ley del Seguro Social de 1973, solicito me sea concedido un préstamo a cuenta de la pensión que actualmente disfruto en el régimen 73, estando conforme en que de ser favorecido con dicho préstamo, el mismo sea descontado de mi pensión en mensualidades, por un plazo no mayor de 12 meses.

DATOS DEL TITULAR

C.U.R.P.	No. Seguridad Social	Pensión que recibe
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Domicilio: Calle y Número	Colonia	C.P.
_____ Ciudad o Entidad	_____ Teléfono	
_____ Firma o Huella Digital del Pensionado		

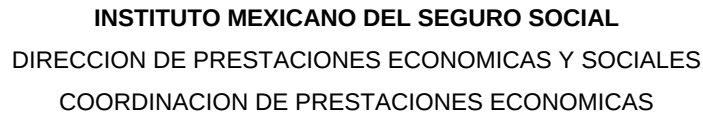
Observaciones:

1. De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de pensión.
2. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (Sactel) a los teléfonos 01551454-2393 en el D.F. y área metropolitana; del interior de la República sin costo para el usuario al 01800001120-584; y desde Estados Unidos y Canadá al 01800 475-2393

Autorizó: El Jefe del Servicio de Prestaciones Económicas:	Sello _____ Elaboró: Nombre y Matrícula
---	---

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Objetivo	Tramitar el préstamo, a los pensionados que lo soliciten, a cuenta de la pensión otorgada bajo el régimen 73.
Nombre de la forma	Solicitud de Préstamo a Cuenta de Pensión
Clave	PRES-01
Llenado Por	El solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa y se presentará en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) que le corresponde al pensionado.
Número de Tantos	Original y dos copias.
Distribución	Original y 1a. copia: Expediente del pensionado 2a. copia: Interesado.
	INDICACIONES PARA EL LLENADO
No. de Dato	Son los campos que se deberán llenar.
1. Delegación	Nombre y Clave de identificación de la Delegación que le corresponde de acuerdo a la pensión que está recibiendo. (Dato que llenará el personal de Prestaciones Económicas).
2. Subdelegación	Nombre y Clave de identificación de la Subdelegación que le corresponde de acuerdo a la pensión que está recibiendo. (Dato que llenará el personal de Prestaciones Económicas)
3. U.M.F.	Siglas y número de la U.M.F. en donde presenta la solicitud.
4. Fecha	Lugar, día, mes y año de elaboración de la solicitud.
5. Petición	Instituto Mexicano del Seguro Social. Presente. Con fundamento en lo establecido en el Artículo 127 de la Ley del Seguro Social de 1973, solicito me sea concedido un préstamo a cuenta de la pensión que actualmente disfruto, en el régimen 73, estando conforme en que de ser favorecido con dicho préstamo el mismo sea descontado de mi pensión en mensualidades, por un plazo no mayor de doce meses.
DATOS DEL TITULAR	
6. C.U.R.P.	Clave Unica de Registro de Población que se le asignó al pensionado
7. Número de Seguridad Social	Número de Seguridad Social del pensionado.
8. Nombre	Empezar por apellidos paterno, materno y nombre (s) del titular de la pensión.
9. Pensión que recibe	Señalar la pensión que está recibiendo el solicitante.
10. Domicilio	Ubicación del domicilio del pensionado, conteniendo: Calle, número exterior e interior en su caso, colonia y código postal.
11. Teléfono	Número telefónico donde se pueda localizar al pensionado y que sea de la ciudad donde tramite el préstamo (no celular).
12. Firma o huella digital	Recabar la firma o huella digital del interesado.
13. Observaciones.	1.- De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de la pensión. 2.- Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01 (55) 14 54-2393 en el DF y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01800001120-584; y desde Estados Unidos y Canadá al 01 800 475-2393
14. Autorizó	Nombre y firma del jefe del Departamento de Pensiones.
15. Sello	Sello de la oficina que recibió la solicitud.
16. Nombre, firma y matrícula	Nombre completo, firma y matrícula del empleado que recibió la solicitud.



Delegación	SOLICITUD DE PENSION FOLIO No.
Subdelegación	
U.M.F.	

I. DATOS DEL ASEGURADO				
_____ C.U.R.P.	_____ Número de Seguridad Social	<u>M () F ()</u> _____ Sexo	_____ Fecha de Nacimiento	_____ Fecha de Defunción
_____ Apellido Paterno	_____ Apellido Materno	_____ Nombre(s)	_____ Estado Civil	_____ AFORE (Nombre)

II. DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Teléfono
Domicilio: Calle y No.	Colonia	C.P.	Ciudad o Entidad

[illegible]

IV Por considerar cubiertos los requisitos que consigna la Ley del Seguro Social, solicito pensión de:			
Invalidez ()	Retiro ()	Orfandad ()	
Cesantía en Edad Avanzada ()	Asignación Familiar ()	Incapacidad Permanente ()	
Vejez ()	Viudez ()	Ascendientes ()	
Ayuda Asistencial ()			

1. Bajo protesta de decir verdad y apercibido de las penas que incurren los que declaran falsamente, hago constar que el(los) beneficiario(s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al régimen del seguro social.
2. En caso de que proceda la pensión y el pago se realice a través del IMSS, para que cubra el pago deberá proporcionar número de cuenta bancaria para depósito de pensión, o abrir una en la institución bancaria de su elección de las que el IMSS sugiera.
3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01(55)14542000 en el DF y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 018001120584; y desde Estados Unidos y Canadá 018004752393.
4. Cotizó para la Seguridad Social de España o Canadá. SI () NO ()
5. El Trámite se tendrá por iniciado hasta que sea recibido por los Servicios de Prestaciones Económicas en la Subdelegación.

V. DOCUMENTACION ANEXA		
Acta de Defunción Aseg. ()	Acta de Matrimonio ()	Acta de adopción ()
Identificación oficial ()	Acta de Divorcio ()	Acta de reconocimiento ()
Credencial de Aseg. o Pen. ()	Acta de Nacimiento ()	Testimonial Concubinato ()
Documento con NSS ()	Constancia de Estudios ()	Testimonial Dependencia Económica ()
Comprobante de domicilio ()	Documento de AFORE ()	C.U.R.P. ()
Dictamen de Invalidez de beneficiario ()	Dictamen de Ayuda Asistencial ()	Otro ()
Elaboró _____ Matrícula. Nombre y Firma	_____ Lugar. Fecha y Sello	_____ Nombre y Firma o huella digital del Solicitante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Objetivo:	Registrar datos del interesado y controlar el trámite de la pensión solicitada: Incapacidad Permanente, Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Retiro, Viudez, Orfandad, Ascendientes y/o Ayuda Asistencial y Asignaciones Familiares
Nombre de la Forma:	SOLICITUD DE PENSION DE:
Clave:	IMSS-FORMA (2)42 formato único que aplica a todos los trámites
Llenado por:	El solicitante personalmente en forma mecanográfica o impresa, la firma o huella se pondrá hasta que sea entregado el formato y documentos en presencia de personal de los Servicios de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción que le corresponda.
Número de Tantos:	Original y 3 copias. Original: Expediente, 1a. copia Afiliación y Vigencia; 2a. copia: Unidad de Medicina Familiar Receptora; 3a. copia: Interesado
INDICACIONES PARA EL LLENADO	
No. DATO	De acuerdo a la pensión que se solicita son los campos que se deberán llenar (ver datos y documentos adjuntos)
1. Folio	El número que corresponda será asignado por el personal de Prestaciones Económicas, (uso de Prestaciones Económicas)
2. Delegación	Nombre y Clave identificadora de la Delegación, su llenado deberá hacerlo el área de Prestaciones Económicas y Sociales (uso de Prestaciones Económicas)
3. Subdelegación	Nombre y Clave identificadora de la Subdelegación, su llenado deberá hacerlo el área de Prestaciones Económicas y Sociales (uso de Prestaciones Económicas)
4. U.M.F.	Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF) (uso de Prestaciones Económicas)
I. DATOS DEL ASEGURADO	
5. C.U.R.P.	Clave Única de Registro de Población que se le asignó
6. No. Seguridad Social	Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social al darse de alta
7. Sexo:	"M" para masculino y "F" para femenino
8. Nombre	Empezar por apellido paterno, materno y nombre(s)
9. Estado Civil	Estado Civil que se acredite legalmente
10. Fecha de Nacimiento	Con número arábigo día, mes y año de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa)
11. Fecha de Defunción	Con número arábigo día, mes y año, de la fecha de fallecimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa)
12. Afore	Nombre de la AFORE que maneja la cuenta individual del asegurado
II. DATOS DEL SOLICITANTE	
13. Nombre	Empezar por apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que se presente a suscribir la solicitud
14. Domicilio	Ubicación del domicilio del solicitante de acuerdo a los datos consignados en el comprobante de domicilio
15. Teléfono	Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la Ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular)
III. BENEFICIARIOS LEGALES	
16. Nombre	Empezar por apellido paterno, materno y nombre (s) de los beneficiarios
17. Fecha nacimiento	Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha de nacimiento. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa)
18. Parentesco	Vínculo familiar que existe(existió) entre el asegurado y beneficiario (s) que comprueben su derecho
19. Sexo	"M" para masculino y "F" para femenino
20. C.U.R.P.	Clave Única de Registro de Población
IV. PENSION QUE SOLICITA	
21. Por considerar cubiertos los Requisitos que consigna la Ley del Seguro Social, solicito pensión de:	Indicar con una "X" el casillero que señale el "Tipo de Pensión" solicitada de acuerdo con los datos consignados. Si se trata de una Incapacidad Permanente favor de leer el inciso a) de este apartado y en el inciso b) marcar con una "X" la forma de pago elegido por el solicitante. a) En caso de tratarse de Incapacidad Permanente con valuación hasta del 25% procederá como forma de pago la Indemnización Global (IG); si la valuación es mayor al 50% corresponderá invariablemente el pago de una pensión, en caso de que el porcentaje de valuación sea mayor al 25% y hasta el 50% podrá optar entre I.G. o pensión y no procederá modificar la forma de pago una vez elegido. (art. 58 fracción III). b) Si la valuación es mayor al 25% y hasta 50% elijo como forma de pago: Indemnización Global () Pensión ()
23. Observaciones	1.- Bajo protesta de decir verdad y apercibido de las penas en que incurren los que declaran falsamente, hago constar que el (los) beneficiario (s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al régimen obligatorio del seguro social. 2.- En caso de que proceda la pensión y el pago se realice a través del IMSS, para que se cubra el pago deberá proporcionar número de cuenta bancaria para depósito de pensión, o abrir una en la institución bancaria de su elección de las que el IMSS le sugiera. 3.- Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01 (55) 14 54-2393 en el DF y Área Metropolitana, del interior de la república sin costo para el usuario al 01800001120-584; y desde Estados Unidos y Canadá al 01 800 475-2393 4.- Cotizó para la Seguridad Social de España o Canadá si () no () , marcar con una "X" si cotizó o no. 5.- El trámite se tendrá por iniciado hasta que sea recibido por los Servicios de Prestaciones Económicas en la Subdelegación.
V. DOCUMENTACION ANEXA	
23. Documentación anexa	Indicar con una "X", el casillero que corresponda a los documentos entregados por el interesado para el trámite respectivo.
24. Nombre, Firma y Matrícula	Nombre, firma y matrícula del empleado que recibe la solicitud. NOTA: El empleado responsable de la recepción de los documentos y revisión del contenido de la solicitud, rubricará en este renglón (uso de Prestaciones Económicas)
25. Lugar, fecha y sello	Nombre de la ciudad o municipio donde se presentó la solicitud así como fecha de elaboración y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir.
26. Nombre y firma o huella del solicitante	Nombre completo del solicitante y firma o huella digital, la firma o huella se deberá asentar, hasta que el formato y documentos hayan sido revisados por el empleado Responsable de recibir el trámite y en presencia de éste.
22. Petición	En caso de ser procedente solicito se me informe los importes de pensión que me corresponderían por cada uno de los regímenes de Ley: a) Ley 73, Ley del Seguro Social que estuvo vigente hasta el 30 de junio de 1997; b) Ley 97, Ley del Seguro Social vigente.

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

DATOS	DOCUMENTOS	Pensión por Modalidad	Asegurado	Beneficiario	Solicitante
a) Nombre	1. Identificación oficial con fotografía y firma (credencial para votar; Cartilla del Servicio Militar Nacional pasaporte, cédula profesional), original y copia para cotejo. 2. Credencial del asegurado o pensionado, o documento que contenga el Número de Seguridad Social, original y copia para cotejo. 3. Clave Única de Registro de Población (CURP), original y copia para cotejo. 4. Comprobante de domicilio reciente de predio, agua, luz o teléfono (de donde vive), original y copia para cotejo. 5. Documento de la AFORE que maneja la cuenta individual, original y copia para cotejo. 6. Copia certificada expedida por el registro Civil de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento, la copia se queda para expediente 7. Copia certificada expedida por el Registro Civil de acta de defunción, la copia certificada se queda para expediente 8. Copia certificada del acta de matrimonio expedida por el Registro Civil después de la fecha de defunción del titular de la pensión, la copia certificada se queda para expediente 9. Constancia Testimonial con la que se acredita la Dependencia Económica expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente 10. Constancia Testimonial con la que se acredita el concubinato expedida por la autoridad judicial competente, original para expediente 11. Dictamen de invalidez de beneficiario expedido por los Servicios de Salud en el Trabajo, original para expediente 12. Constancia de estudios expedida por las escuelas del sistema educativo nacional con validez oficial, original para expediente 13. Dictamen médico expedido por los Servicios Médicos de Salud en el Trabajo, en el que se indique el porcentaje de ayuda asistencial que los Servicios Médicos concedieron, original para expediente.	INVALIDEZ	a,b,c,d,e,f,h,i,j,l,m. 1,2,3,4,5,6.		
b) Número de Seguridad Social		CESANTIA O VEJEZ	a,b,c,d,e,f,h,i,j,l,m. 1,2,3,4,5,6.		
c) CURP		VIUDEZ viudo-esposo	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,8,9.	
d) Sexo		VIUDEZ viudo-concubinario	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,9,10.	
e) Estado Civil		VIUDEZ viuda-esposa	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,8.	
f) Fecha de Nacimiento		VIUDEZ viuda-concubina	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,10.	
g) Fecha de defunción		VIUDEZ viudo-esposo Ley 73	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,8,9,11.	
h) AFORE en que se encuentra registrado		VIUDEZ viudo-concubinario Ley 73	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,9,10,11	
i) Unidad de Medicina Familiar (UMF)		ORFANDAD menor 16 años	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 3,4,6.	a,l,m. 1,4.
j) Prestación que solicita		ORFANDAD 16 a 25 años estudiante	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 3,4,6,12.	a,l,m. 1,4.
k) Parentesco con el asegurado		ORFANDAD mayor 16 años inválido	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7	a,c,d,f,j,k,l,m. 3,4,6,11.	a,l,m. 1,4.
l) Domicilio (de donde vive)		ASCENDIENTE	a,b,c,d,e,g,h,i. 2,3,5,7.	a,c,d,f,j,k,l,m. 1,3,4,6,9.	
m) Teléfono (donde se localice)		ASIGNACION FAMILIAR esposa	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4,8.	a,c,d,f,k. 3,6.	
		ASIGNACION FAMILIAR concubina	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4.	a,c,d,f,k. 3,6.	
		ASIGNACION FAMILIAR hijo menor 16 años	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4.	a,c,d,f,k. 3,6.	
		ASIGNACION FAMILIAR hijo 16 a 25 años estudiante	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4.	a,c,d,f,k. 3,6,12.	
		ASIGNACION FAMILIAR hijo mayor 16 años inválido	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4.	a,c,d,f,k. 3,6,11.	
		ASIGNACION FAMILIAR ascendiente	a,b,c,i,l,m. 1,2,3,4,.	a,c,d,f,k. 3,6.	
		AYUDA ASISTENCIAL	a,b,c,i,j,l,m. 1,2,3,4,13.		
		INCAPACIDAD PERMANENTE	a,b,c,d,e,f,h,i,j,l,m. 1,2,3,4,5,6.		
		RETIRO ANTICIPADO	a,b,c,d,e,f,h,i,j,l,m. 1,2,3,4,5,6.		

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

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES
COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Folio: (4)

SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE MATRIMONIO

Delegación: (1)	Subdelegación: (2)	Unidad de Medicina Familiar: (3)
-----------------	--------------------	----------------------------------

I. DATOS DEL ASEGURADO

No. Seguridad Social (5)	CURP (6)	Fecha de Matrimonio (DDMMAA) (7)
Apellido Paterno	Apellido Materno (8)	Nombre(s)
		Estado Civil Anterior (9)
Domicilio: Calle y Número Int. Ext.	Colonia (10)	C.P.
		Ciudad o Entidad
		Teléfono(s)

II. DATOS DEL CÓNYUGE

Apellido Paterno	Apellido Materno (11)	Nombre(s)
Fecha de Nacimiento (12)		

III. DOCUMENTACIÓN ANEXA

Acta de Matrimonio ()
Acta de Divorcio ()
Acta de Defunción (13) ()
Documento AFORE ()
Otros: (Especificar)

ELABORO:

Nombre y Firma (14)

Lugar y Fecha

SOLICITANTE:

(15)

Nombre y Firma

IV. RESOLUCIÓN

No. de Resolución: (16)	Entregó: (17)	Asegurado-Recibió:
Fundamento Jurídico: Artículos 165 y 166, Ley del Seguro Social	Nombre y firma	Firma (18)
		Fecha

CONSIDERACIONES

GENERALES

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS: 14-54-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-11-254-84, DESDE LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1800-47-523-93 O A LOS TELÉFONOS 52-41-02-45, O 018000905-9600 DE ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL DERECHOAHABIENTE DEL IMSS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

ESTE TRAMITE DEBERA SOLICITARSE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO.

EL TRAMITE REQUIERE ANEXAR ADEMÁS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

· COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO CIVIL DEL ASEGURADO
· DOCUMENTO AFORE
Y, EN SU CASO:

· COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DIVORCIO.
· COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN DEL CÓNYUGE ANTERIOR.

PLAZO DE RESOLUCIÓN:
14 DÍAS NATURALES

ESTE FORMATO ESTÁ INCLUIDO EN EL CATÁLOGO DE PROFORMAS DEL IMSS -CLAVE AGM01-

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1.	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
2.	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
3.	U.M.F.:	Siglas y número de la U.M.F. Receptora.
4.	No. de Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud por el Sistema de Pago de Subsidios.

I. Datos del asegurado

5.	No. de seguridad social:	Número asignado por el Instituto al asegurado, está integrado por diez dígitos.
6.	C.U.R.P.:	Clave única de registro de la población compuesta de 18 caracteres.
7.	Fecha de Matrimonio (DD/MM/AA):	Día, Mes, Año de celebración del matrimonio civil.
8.	Apellido Paterno: Apellido Materno Nombre (s):	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) del asegurado solicitante.
9.	Estado Civil Anterior:	El estado civil en el cual se encontraba el asegurado antes de contraer nupcias.
10.	Domicilio: Calle y Número, Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y teléfono:	Ubicación del domicilio del solicitante de acuerdo con los datos consignados, así como su número telefónico, de contar con él. Nota: cuando no exista nomenclatura se anotará "domicilio conocido".

II. Datos del Cónyuge

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

III. Documentación Anexa

13.	Acta de Matrimonio () Acta de Divorcio () Acta de Defunción () Documento AFORE () Otros (especificar):	Marcar (x) dentro del paréntesis correspondiente, conforme a los documentos recibidos. En caso de recibir algún documento diferente anotarlo en el rubro otros.
14.	Elaboró: Nombre y firma: Lugar y fecha	Nombre y firma de la persona responsable de la elaboración. Ciudad o municipio donde se requisita la solicitud y sello de la dependencia.
15.	Solicitante: Nombre y firma:	Nombre completo del solicitante. Recabar la firma o huella digital del solicitante.

IV. Resolución

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES
COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Folio: (4)

SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL

Delegación: (1)	Subdelegación: (2)	Unidad de Medicina Familiar: (3)
---------------------------	------------------------------	--

I. DATOS DEL FINADO

Fecha de Defunción (5)	No. De Seguridad Social (6)	CURP (7)	Ramo de Seguro Riesgo de Trabajo (8) () Enfermedad no ()
Apellido Paterno (9)	Apellido Materno (9)	Nombre(s) (9)	
Domicilio: Calle y Número Int. Ext. (10)	Colonia (10)	C.P. (10)	Ciudad o Entidad (10)

II. DATOS DEL SOLICITANTE

Domicilio: Calle y Número Int. Ext.	Colonia (11)	C.P.	Ciudad o Entidad	Teléfono (s)
-------------------------------------	-----------------	------	------------------	--------------

III. DOCUMENTACION ANEXA

Cred. Pensionado ()	Copia Certificada Acta de Defunción ()	ELABORÓ:	SOLICITANTE:
Cred. Asegurado ()	Original de Factura Gastos de Funeral ()	Nombre y Firma (13)	(14)
Otros (Especificar): (12)		Lugar y Fecha	Firma:

IV. CERTIFICACION DE DERECHOS

SERV. DE PRESTACIONES ECONOMICAS	Sello Fechador	SERVICIO DE AFILIACIÓN VIGENCIA
Pensión Vigente: SI () NO ()	Número Componente:	Con Derecho: SI NO Registro patronal:
Responsable: (15)	(16)	(17)
Nombre y Firma		Lugar y Fecha
		Nombre y Firma

V. RESOLUCIÓN

Importe: (18)	No. Cheque o Volante (19)	Solicitante (20)
Fundamento Jurídico: Artículos 64, fracc I y 104, Ley del Seguro Social		Firma y fecha

CONSIDERACIONES GENERALES

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS: 14-54-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-11-254-84, DESDE LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1800-47-523-93 O A LOS TELÉFONOS 52-41-02-45, O 018000905-9600 DE ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE DEL IMSS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

ESTE TRÁMITE DEBERÁ SOLICITARSE PREFERENTEMENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN DEL EXTINTO ASEGURADO O PENSIONADO.

EN ESTE TRÁMITE SE REQUIERE ADEMÁS ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.
- ORIGINAL DE LA FACTURA DE GASTOS DE FUNERAL.
- CREDENCIAL DE PENSIONADO O EN SU CASO DE ASEGURADO.
- AVISO PARA CALIFICAR PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (ST-1), TRATÁNDOSE DE UN RIESGO DE TRABAJO.

PLAZO DE RESOLUCIÓN : 7 DÍAS NATURALES

ESTE FORMATO ESTA INCLUIDO EN EL CATÁLOGO DE PROFORMAS DEL IMSS - CLAVE AGF-01 -

Nombre: Solicitud de Ayuda para Gastos de Funeral.

Clave: Forma: AGF 01.

Objetivo: Asentar los datos del asegurado o pensionado fallecido y tramitar la Ayuda para Gastos de Funeral, en los seguros de Riesgos de Trabajo o Enfermedades y Maternidad.

Elaborado por: Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. que corresponda al domicilio del fallecido, según el acta de defunción.

No. de tantos: Original y dos copias.

Distribución: Original: Expediente.

1a. Copia: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite.

2a. Copia: Interesado.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1.	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
2.	Subdelegación:	Nombre y clave identificadora de la Subdelegación.
3.	Unidad de Medicina Familiar:	Siglas y número de la U.M.F. Receptora.
4.	Folio:	Número consecutivo asignado a la solicitud por el Sistema de Pago de Subsidios.
I. Datos del Finado		
5.	Fecha de Defunción:	Fecha que contenga el acta de defunción, con números arábigos el día, mes y año.
6.	No. de seguridad social:	Número asignado por el Instituto al asegurado, está integrado de diez dígitos.
7.	C.U.R.P.:	Clave única de registro de población compuesto de 18 caracteres alfanuméricos del finado.
8.	Ramo de Seguro:	Marcar con una "X" bajo que tipo de seguro se solicita la prestación.
	Riesgos de Trabajo ()	
	Enfermedad ()	
9.	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) del asegurado o pensionado fallecido.
10.	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P. y Ciudad o Entidad	Lugar de residencia del asegurado y/o pensionado fallecido que aparece en la copia certificada del acta de defunción.

II. Datos del Solicitante

11.	Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P. y Ciudad o Entidad y teléfono	Ubicación del domicilio del solicitante, de acuerdo a los datos consignados en el recuadro.
-----	--	---

III. Documentación anexa

12.	Documentación anexo:	En el cuadro correspondiente se anotará una "X" para indicar los documentos que presente el solicitante.
	Cred. Pensionado: ()	
	Cred. Asegurado: ()	
	Copia Certificada	
	Acta de Defunción: ()	
	Original de Factura de Gastos de Funeral ()	
	Otros especifique:	
13.	Elaboró:	Asentar el nombre completo y firma del empleado responsable de la recepción de la documentación y revisión del contenido de la solicitud.
	Nombre y firma	
	Lugar y fecha:	Delegación o municipio y día, mes y año en donde se elabora la solicitud.
14.	Solicitante:	Nombre completo del solicitante.
	Firma:	Recabar la firma o huella digital del solicitante.

IV. Certificación del Derecho

Servicio de Prestaciones Económicas		
15.	Pensión vigente SI NO	Marcar con una "X" si el finado se encuentra vigente en su calidad de pensionado.
	Número de Componente:	Anotar el número de componente cuando se trate de beneficiarios pensionados.
	Responsable:	Nombre completo y firma de la persona que certifica el derecho al pensionado.
	Nombre y firma	
16.	Sello fechador:	Aplicar sello del Servicio.
17.	Servicio de Afiliación Vigencia:	Estos espacios serán requisitados por el Servicio de Afiliación y Vigencia, en su caso.
	Con derecho SI () NO ()	
	Registro Patronal	
	Lugar y fecha	
	Nombre y firma	

V. Resolución

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

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

Delegación _____ (1) _____

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

At'n: Servicio de Prestaciones Económicas.

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

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

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

Que venimos a solicitar se nos autorice para:

- A. Hacer pagos por subsidios de incapacidades derivadas de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad que sean concedidas por ese Instituto en favor de nuestros trabajadores asegurados.
- B. Para recoger cheques y/o facturas que contengan la descripción de las incapacidades otorgadas a favor de nuestros trabajadores, cuyo importe se aplicará como reembolso en el número de cuenta proporcionado por la empresa, a la cual el Instituto deberá depositar el pago de subsidios por razón del pago anteriormente expuesto.
- C. Para firmar y cobrar en su caso, en ese Instituto, los documentos que sean expedidos por cualquiera de los conceptos mencionados o por diferencias en favor de los asegurados.
- D. Por su parte, esta _____ (17) _____ se obliga a:
 - 1. Hacerse responsable de cualquier reclamación que haga el asegurado contra el Instituto en relación con subsidios pagados de acuerdo con esta autorización, siempre que resulte fundada.
 - 2. Al pagar las incapacidades de su trabajador asegurado, tendrá que recoger de éste un comprobante de dicho pago y lo conservará en su poder y a disposición del Instituto para cualquier reclamación relacionada con el mismo.

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

Nombre: Solicitud de Celebración de Convenio.

Objetivo: Registrar y controlar antecedentes de la empresa que solicita celebración de Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios.

Elaborado por: Patrón o Representante Legal de la Empresa (en papel membretado de la empresa).

Número de tantos: Original y copia.

Distribución: Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control.
1ra. copia: para la Empresa.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1.	Delegación:	Nombre y clave identificadora de la Delegación.
2.	U.M.F. Tramitadora y de Control:	Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control.
3.	_____ a ____ de _____ del _____:	Lugar y fecha de elaboración de la solicitud.
4.	Empresa:	Nombre o razón social de la Empresa que solicita la celebración del convenio.
5.	Registro Patronal:	Número de registro patronal asignado a la empresa por el Instituto (de contar la empresa con varios registros patronales, anexar relación, indicando entidad y municipio de influencia de cada registro patronal).
6.	Registro Patronal Unico:	Número de registro patronal único, asignado a la empresa por el Instituto.
7.	El C.:	Nombre completo de la persona que representa legalmente a la empresa.
8.	Como:	Cargo que desempeña en la Empresa.
9.	Sita en:	Ubicación del domicilio de la Empresa solicitante, calle número exterior e interior (en su caso), colonia, código postal, ciudad, entidad y municipio.
10.	Número:	Número de la escritura pública o testimonio notarial o acta constitutiva de la Empresa.
11.	Volumen	Número de volumen del libro en el que esté registrada el acta.
12.	A la Escritura de:	Tipo de la escritura que acredita la personalidad de quien celebra el convenio.
13.	Suscrita el día _____ del mes _____ del año _____:	Fecha de celebración de los hechos ante el C. Notario Público.
14.	C. Notario Público número:	Número de Notario Público que dio fe.
15.	de:	Lugar en que se ubica el C. Notario Público.
16.	Lic.:	Nombre completo del Notario Público que dio fe del hecho.
17.	esta:	Nombre de la Empresa.

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

Atentamente

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

(R.- 244427)

ACUERDO ACDO-HCT.310107/9.P.(D.G.) del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el que se aprueban los Lineamientos operativos para dar cumplimiento al Programa Primer Empleo.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.- Oficio No. 09-9001-030000/21015.

Mtro. Pablo Salvador Reyes Pruneda
Director de Incorporación y Recaudación
Presente.

El H. Consejo Técnico, en sesión celebrada el día 31 de enero del presente año, dictó el ACDO-HCT.310107/9.P.(D.G.) en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en los artículos 251 fracciones IV, VIII, XII, XIII y XXXVII, 263 y 264 fracciones XIV y XVII de la Ley del Seguro Social, y 31 fracciones II, IV y XX del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y Artículo 14 del Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2007, **Acuerda: Primero.-** Aprobar los “Lineamientos operativos del Programa Primer Empleo”, presentado por el Director General de este Organismo. **Segundo.-** Instruir a las direcciones de Incorporación y Recaudación, de Finanzas, y de Innovación y Desarrollo Tecnológico, en su respectivo ámbito de competencia, para que establezcan los procedimientos técnicos y operativos, así como los formatos necesarios para la aplicación de los citados lineamientos y para resolver las dudas o aclaraciones que formulen las Delegaciones y sus Organos Operativos. **Tercero.-** Instruir a la Dirección Jurídica para que realice los trámites necesarios ante las instancias competentes, a efecto de que los lineamientos a que se refiere el presente Acuerdo sean publicados en el Diario Oficial de la Federación. **Cuarto.-** La Dirección de Incorporación y Recaudación deberá informar mensualmente a este Consejo Técnico los avances que se obtengan del Programa del Primer Empleo. **Quinto.-** El presente Acuerdo entrará en vigor a partir de la fecha de su aprobación.”

Lo que comunico a usted para su conocimiento y debido cumplimiento.

Atentamente

México, D.F., a 21 de febrero de 2007.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.**- Rúbrica.

**LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA DAR CUMPLIMIENTO
AL PROGRAMA PRIMER EMPLEO**

1. OBJETIVO

El Programa Primer Empleo, tiene por objeto apoyar a las personas físicas o morales en la generación de nuevos empleos de carácter permanente, a través del otorgamiento de un subsidio que será aplicado a la parte de las cuotas obrero patronales causadas a su cargo, derivadas de contratar trabajadores adicionales de nuevo ingreso e inscribirlos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos que se señalan en el Decreto que establece las directrices generales para dar cumplimiento al Programa Primer Empleo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2007.

2. DEFINICIONES

Para los efectos de los presentes lineamientos se entenderá por:

- I. Beneficiario del Programa:** Persona física o moral con registro patronal ante el Instituto, que esté inscrita al Programa.
- II. Decreto:** Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2007, mediante el cual se establecen las directrices generales para dar cumplimiento al Programa Primer Empleo.
- III. Firma electrónica:** Medio de autenticación electrónico de los patrones establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IV. Instituto:** Instituto Mexicano del Seguro Social.
- V. Ley:** Ley del Seguro Social.
- VI. Medios electrónicos:** Los disponibles a través del portal en Internet del Instituto Mexicano del Seguro Social y correo electrónico.
- VII. Patrón:** La persona física o moral que tenga ese carácter en los términos de la Ley Federal del Trabajo.
- VIII. Programa:** Programa Primer Empleo.

- IX. Reglamento:** Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- X. Subdelegación:** Organismo Operativo de las Delegaciones del Instituto, al que corresponde el control del registro del Patrón.
- XI. Subsidio:** En los términos del artículo 2, fracción LIII de la Ley Federal de Presupuesto y de Responsabilidad Hacendaria el subsidio consiste en el pago por parte del Gobierno Federal de la parte de la cuota obrero patronal que le corresponde cubrir al Patrón en los términos de la Ley del Seguro Social, causada durante los primeros doce meses del empleo de los trabajadores que contrate dicho Patrón en los términos del Programa.
- XII. Trabajador permanente:** El definido en el Artículo 5 A, fracción VI, de la Ley del Seguro Social.

3. POBLACION OBJETIVO DEL PROGRAMA.

Tienen derecho a realizar los trámites para su inscripción al Programa Primer Empleo y, en su caso, para recibir los subsidios previstos en el mismo, las personas físicas o morales que contraten a cualquier trabajador adicional de nuevo ingreso y lo inscriban ante el Instituto, conforme a lo previsto en el Decreto y en los presentes lineamientos operativos.

Del mismo derecho gozarán las personas físicas o morales que por primera vez se registren como patrones ante el Instituto, con posterioridad a la publicación del Decreto.

4. TRABAJADOR ELEGIBLE PARA EFECTOS DEL PROGRAMA.

Será trabajador elegible para efectos del Programa, aquél inscrito con carácter de permanente ante el Instituto, que reúna las características de adicional de nuevo ingreso, conforme a lo siguiente:

Adicional. Que con su inscripción ante el Instituto se supere el número máximo de trabajadores permanentes registrado por el Patrón, a partir de la fecha de publicación del Decreto en el Diario Oficial de la Federación y hasta el último día del mes inmediato anterior a aquél en que se presenta la solicitud de su registro para efectos del Programa. Tratándose de patrones registrados ante el Instituto con posterioridad a la publicación del Decreto, se tomará como referencia el número máximo de trabajadores permanentes asegurados por el Patrón a partir de la fecha de su registro.

De nuevo ingreso. Que no tenga registro previo ante el Instituto como Trabajador permanente.

5. MONTO DEL SUBSIDIO.

Los patrones a que se refiere el lineamiento 3, inscritos al Programa, que contraten a cualquier trabajador adicional de nuevo ingreso y lo inscriban ante el Instituto, serán apoyados por el Gobierno Federal mediante un subsidio equivalente hasta el 100% de la parte de las cuotas obrero patronales causadas a su cargo, que hayan cubierto por cada uno de dichos trabajadores en los primeros doce meses de aseguramiento, según lo previsto en la Ley.

El monto del Subsidio se determinará con base en el salario base de cotización con el que el Patrón haya cubierto las cuotas obrero patronales de cada trabajador elegible ante el Instituto, aplicando el porcentaje que corresponda conforme a la tabla siguiente:

Salario base de cotización con el que se hayan cubierto las cuotas obrero patronales, en Número de Veces el Salario Mínimo vigente en la zona que corresponda a la ubicación geográfica del trabajador	Porcentaje a subsidiar
Menor a 10	100
10 hasta 14	60
Mayor a 14 y hasta 20	20
Mayor a 20	10

6. VIGENCIA.

La inscripción de patrones y el registro de trabajadores al Programa, así como el pago de los subsidios previstos en el mismo, estarán vinculados a la autorización que se haga de dicho Programa en el Presupuesto de Egresos de la Federación, en cada ejercicio fiscal.

La inscripción de los patrones y el registro de trabajadores al Programa no podrá exceder del 28 de febrero de 2011 y el pago de subsidios, del 30 de noviembre de 2012.

7. CRITERIOS DE SELECCION.

Los patrones, para su inscripción en el Programa, deberán cumplir los requisitos siguientes:

- I. Contar con registro patronal ante el Instituto;
- II. Disponer de Firma electrónica en términos de la Ley y su Reglamento;
- III. Dedicarse a actividades económicas cuyo ciclo de producción no sea menor a doce meses;
- IV. No ser una entidad pública cuyas relaciones laborales se rijan por el apartado A del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- V. No tener a su cargo créditos fiscales firmes con el Instituto.

Para efectos de lo dispuesto en esta fracción, se entenderá como crédito fiscal firme, aquel que no fue impugnado, o bien, que habiendo sido impugnado se presentó desistimiento del recurrente o que la resolución dictada le fue desfavorable y la misma no admite ningún medio de defensa o admitiéndolo, no fue impugnada.

No se considerarán créditos fiscales firmes, aquéllos por los que exista convenio vigente con el Instituto, por el que se haya autorizado al Patrón prórroga para realizar su pago, ya sea diferido o en parcialidades;

- VI. Comunicar al Instituto los datos de una cuenta bancaria de la que sea titular y que utilice para transferencias electrónicas, cuyo número deberá estar integrado de conformidad con las disposiciones emitidas al respecto por el Banco de México, y
- VII. En lo que se refiere a otros créditos fiscales de carácter federal, no encontrarse en ninguno de los supuestos establecidos en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, para acceder al otorgamiento de los subsidios. Se entenderá que se cumple este requisito cuando el Patrón:
 - a) Ha cumplido con sus obligaciones en materia de inscripción y avisos al Registro Federal de Contribuyentes, a que se refieren el Código Fiscal de la Federación y su Reglamento.
 - b) Se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales respecto de la presentación de la declaración anual del impuesto sobre la renta por los dos últimos ejercicios fiscales por los que se encuentre obligado; así como de los pagos mensuales del impuesto al valor agregado y retenciones del impuesto sobre la renta de salarios de los 12 meses anteriores a la fecha de presentación de la solicitud de inscripción al Programa. Cuando los contribuyentes tengan menos de 2 años de inscritos en el Registro Federal de Contribuyentes, la manifestación a que se refiere este inciso corresponderá al periodo transcurrido desde la inscripción y hasta la fecha que presenten la solicitud de inscripción al Programa, sin que en ningún caso los pagos mensuales excedan de los últimos 12 meses.
 - c) No tenga créditos fiscales determinados firmes a su cargo por impuestos federales, distintos al impuesto sobre automóviles nuevos e impuesto sobre tenencia y uso de vehículos, entendiéndose por impuestos federales, el impuesto sobre la renta, impuesto al valor agregado, impuesto al activo, impuestos generales de importación y de exportación y todos los accesorios, como recargos, sanciones, gastos de ejecución y la indemnización por cheque devuelto, que deriven de los anteriores.
 - d) En el caso de que existan créditos fiscales determinados firmes el Patrón deberá manifestar si los mismos se encuentran garantizados o bien se encuentra transcurriendo el plazo previsto por el artículo 65 del Código Fiscal de la Federación. De lo contrario, deberá señalar, en su caso, que se compromete a celebrar convenio con las autoridades fiscales para pagarlos en los términos de lo previsto por el artículo 66 del Código Fiscal de la Federación.
 - e) Tratándose de contribuyentes que hubieran solicitado autorización para pagar a plazos o hubieran interpuesto algún medio de defensa contra créditos fiscales a su cargo, se requerirá que los mismos se encuentren garantizados conforme al artículo 141 del Código Fiscal de la Federación, y
 - f) En caso de contar con autorización para el pago a plazos, no haber incurrido en las causales de revocación a que hace referencia el artículo 66-A, fracción IV, del Código Fiscal de la Federación.

Las personas físicas o morales que por primera vez se registren como patrones ante el Instituto y ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), con posterioridad a la publicación del Decreto, no tendrán que cumplir con los requisitos V y VII de este lineamiento en caso de que registren a trabajadores elegibles en el Programa, conforme al lineamiento 9, durante los 15 días naturales siguientes a la fecha de su registro tanto ante el Instituto como ante el SAT.

8. INSCRIPCION AL PROGRAMA.

8.1. Solicitud de inscripción. Los patrones que deseen inscribirse al Programa deberán presentar la solicitud correspondiente, a través del portal en Internet del Instituto y mediante el uso de Firma electrónica, en los términos establecidos por éste, manifestando, bajo protesta de decir verdad, que cumplen con los requisitos señalados en el lineamiento 7.

8.2. Comunicación del resultado. El Instituto, dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud, verificará si se cumplen los requisitos a que se refiere el lineamiento anterior e informará al Patrón a través de Medios electrónicos, sobre la procedencia de su solicitud.

Transcurrido el plazo referido sin que el Instituto informe al Patrón el resultado de su solicitud, se considerará aceptada su inscripción al Programa.

De no aceptarse la inscripción, el Instituto deberá informar al Patrón los requisitos no cumplidos, pudiendo éste acudir ante la Subdelegación para recibir mayor información o, en su caso, tramitar las aclaraciones que considere procedentes.

Lo previsto en los párrafos anteriores no constituye instancia y, consecuentemente, las determinaciones del Instituto no podrán ser impugnadas por los patrones.

8.3. Folio Unico de Identificación. El Instituto, a través de Medios electrónicos, proporcionará a los patrones inscritos, el folio único de identificación de beneficiario del Programa, que les acreditará como tales para los efectos correspondientes.

La aceptación del Patrón como beneficiario del Programa surtirá efectos durante la vigencia de éste, siempre que continúe cumpliendo con los requisitos correspondientes. Por lo tanto, no será necesario que solicite nuevamente su inscripción en cada ejercicio fiscal.

9. REGISTRO Y VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD DE LOS TRABAJADORES.

9.1. Aseguramiento de los trabajadores. El Patrón deberá presentar al Instituto los avisos de los movimientos de alta o reingreso, baja y de modificación de salario de todos sus trabajadores, dentro del plazo establecido en la Ley y el Reglamento.

9.2. Solicitud de registro de trabajador elegible. El Patrón aceptado como Beneficiario del Programa, que desee solicitar el registro de los trabajadores que considere elegibles para efectos del mismo, deberá presentar las solicitudes correspondientes ante el Instituto, a través de su Portal en Internet, pudiendo hacerlo únicamente en el mismo mes en el que haya efectuado la inscripción del trabajador en el Régimen Obligatorio del Seguro Social.

9.3. Comunicación del resultado. El Instituto, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud de registro de trabajador elegible, verificará que se cumpla con los requisitos señalados en el lineamiento 4 y comunicará al Patrón, a través de Medios electrónicos, sobre la procedencia de la solicitud.

De no aceptarse algún trabajador como elegible el Instituto informará al Patrón las causas, pudiendo éste acudir ante la Subdelegación, para mayor información o, en su caso, tramitar las aclaraciones que considere procedentes.

Para los efectos señalados en el lineamiento 13.3., el Instituto suspenderá la recepción de solicitudes de registro de trabajadores elegibles, cuando así proceda, considerando los montos totales de los compromisos de pago relativos a los trabajadores elegibles registrados y de los recursos presupuestarios disponibles para el pago de los subsidios previstos en el Decreto.

Lo establecido en este lineamiento no constituye instancia y, por tanto, las resoluciones del Instituto no podrán ser impugnadas por los patrones.

10. REQUISITOS PARA EL OTORGAMIENTO DE LOS SUBSIDIOS.

Para tener derecho al pago mensual del Subsidio que se establece en el Decreto, al momento de presentar la solicitud de pago correspondiente el Patrón inscrito como Beneficiario del Programa, deberá cumplir con los requisitos siguientes:

- I. Haber inscrito a todos sus trabajadores ante el Instituto en los términos que establece la Ley.
- II. Haber obtenido el registro de los trabajadores que considere elegibles para efectos del Programa y mantener su aseguramiento en forma continua, al menos durante los nueve meses siguientes a la fecha de su registro en el Programa.
- III. Haber determinado y enterado al Instituto conforme a la Ley y el Reglamento, las cuotas obrero patronales causadas tanto por los trabajadores elegibles, como por sus demás trabajadores.

- IV. No tener a su cargo créditos fiscales firmes con el Instituto, conforme a lo señalado en el lineamiento 7, fracción V;
- V. En lo que se refiere a otros créditos fiscales de carácter federal, presentar manifestación en los términos previstos en el lineamiento 8.1.

11. TRAMITE PARA EL PAGO DE SUBSIDIOS.

11.1. Solicitud. El Patrón, durante el período comprendido del décimo mes y hasta el vigésimo primero del registro del trabajador en el Programa, podrá solicitar a través del portal en Internet del Instituto, que se haga efectivo el pago del Subsidio que corresponda.

Para tal efecto, el Patrón, dentro de los primero cinco días hábiles de cada mes, proporcionará los datos y la información requeridos en el formato de solicitud que determine el Instituto en dicho portal, mismo que formalizará con su Firma electrónica.

En ningún caso se procederá al pago de subsidios sin que medie la solicitud correspondiente.

El Instituto verificará que se hayan cumplido los requisitos señalados en el lineamiento 10 y, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud, informará al Patrón el resultado de la misma.

De ser procedente el pago, el Instituto informará al Patrón a través de Medios electrónicos, el importe del Subsidio que le será depositado en el mes de que se trate, respecto de cada uno de los trabajadores elegibles registrados en el Programa, a los que se refiera la solicitud de pago, siempre y cuando mantenga el aseguramiento de éstos en el mes en el que se realice el pago.

De no proceder, total o parcialmente, el pago del Subsidio, el Instituto informará al Patrón las causas, pudiendo éste acudir ante la Subdelegación, para mayor información o, en su caso, tramitar las aclaraciones que considere procedentes.

Lo establecido en este lineamiento no constituye instancia y, por tanto, las resoluciones del Instituto no podrán ser impugnadas por los patrones.

11.2. Pago del Subsidio. El Instituto, a los cinco días hábiles siguientes a la aprobación de la solicitud, realizará el depósito correspondiente en la cuenta bancaria designada para tal efecto por el Patrón, a que se refiere la fracción VI del lineamiento 7.

12. REVOCACION.

12.1. Supuestos. El otorgamiento de los subsidios previstos en el Decreto quedará sin efectos por las causas siguientes:

- I. Si resultan falsos los datos proporcionados por el Patrón al Instituto para:
 - a) Obtener su inscripción al Programa.
 - b) Tramitar el registro de los trabajadores elegibles.
 - c) Recibir el pago de los subsidios.
- II. Si el Patrón proporciona información o datos falsos en las cédulas de determinación presentadas para realizar el pago de las cuotas obrero patronales, causadas por el aseguramiento de todos sus trabajadores.
- III. Si el Patrón deja de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos en el lineamiento 10.

12.2. Notificación. El Instituto notificará al Patrón a través de Medios electrónicos, que el otorgamiento del Subsidio correspondiente quedó sin efectos, señalando las causas.

En los supuestos de las fracciones I y II del lineamiento 12.1., el Patrón deberá reintegrar la cantidad indebidamente recibida, actualizada conforme a lo dispuesto en el artículo 17-A del Código Fiscal de la Federación. Además, deberá pagar recargos en los términos del artículo 21 del mismo Código, sobre las cantidades actualizadas, indebidamente recibidas, que se calcularán a partir de la fecha en la que haya recibido el Subsidio y hasta la fecha en que éste se devuelva al fisco federal, por conducto del Instituto.

Lo anterior, sin perjuicio de que se puedan imponer a los infractores las sanciones procedentes o ejercer en su contra las acciones legales que en su caso correspondan.

12.3. Trabajadores dados de baja. En el caso de trabajadores elegibles que sean dados de baja ante el Instituto antes de la conclusión del período de veintiún meses contado a partir de la fecha de su registro en el Programa, se cancelará la parte proporcional remanente del Subsidio correspondiente a dichos trabajadores a partir de la fecha de la baja presentada ante el Instituto.

13. ASPECTOS PRESUPUESTARIOS.

13.1. Registro de subsidios. El Instituto registrará los importes de la parte de las cuotas obrero-patronales causadas a cargo del Patrón, enterados con relación a los trabajadores elegibles, que se considerarán para efectos del pago de los subsidios previstos en el Decreto. Asimismo, registrará los montos de los subsidios pagados a los patrones Beneficiarios del Programa.

13.2. Estimación del monto anual de los subsidios. El Instituto, al elaborar su Anteproyecto de Presupuesto que debe presentar anualmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, informará el monto total estimado de los subsidios a aplicar en el siguiente ejercicio fiscal con motivo del Programa, a fin de que esa Secretaría evalúe dicha información e incluya el monto que corresponda en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el respectivo ejercicio fiscal, en el apartado individual a que se refiere el último párrafo del artículo 272 de la Ley.

13.3. Disponibilidad para el pago de subsidios del Programa. Para los efectos del pago de los Subsidios a que se refiere el Decreto, el Instituto se sujetará al monto del subsidio aprobado en el Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal de que se trate, así como a los recursos del Fondo a que se refiere el artículo 12 del Decreto, observando los términos de dicha disposición y la vigencia señalada en el lineamiento 6.

14. DIFUSION.

El Instituto por conducto de sus Delegaciones y Subdelegaciones, realizará acciones para informar a los patrones sobre el Programa, así como del Decreto y los presentes lineamientos.

15. MONITOREO Y EVALUACION.

La Dirección de Finanzas conjuntamente con la Dirección de Incorporación y Recaudación, rendirán al Consejo Técnico informes trimestrales sobre los resultados del Programa, así como los relativos a los recursos ejercidos y las disponibilidades del fondo a que se refiere el artículo 12 del Decreto.

(R.- 244438)

AVISO AL PUBLICO

Se informa que para la inserción de documentos en el **Diario Oficial de la Federación**, se deberán cubrir los siguientes requisitos:

Oficio o escrito dirigido al Director General Adjunto del **Diario Oficial de la Federación**, solicitando la publicación del documento, con dos copias legibles.

Documento a publicar en original con sello, firma autógrafa y fecha de expedición del mismo, sin alteraciones y acompañado de dos copias legibles. En caso de no ser aviso judicial, el documento a publicar deberá estar impreso en papel membretado y no será necesario el sello.

En caso de licitación pública o estado financiero, deberá entregar su documentación por escrito y en medio magnético, en cualquier procesador Word.

El pago por derechos de publicación deberá efectuarse mediante el esquema para pago de derechos e5cinco del SAT en ventanilla bancaria o a través de Internet, con la clave de referencia 014001743 y la cadena de la dependencia 22010010000000. El comprobante de pago deberá presentarse (el original que devuelve la institución bancaria o la impresión original del pago realizado en Internet), acompañado de una copia simple. El original del pago será resguardado por esta Dirección.

Por disposición del Servicio de Administración Tributaria, ya no es posible recibir los pagos para las publicaciones mediante la forma SAT 5. La única forma de pago autorizada para realizar trámites es mediante el esquema e5cinco del SAT. Usted puede consultar toda la información respecto a este sistema de pago en la página de la Secretaría de Gobernación, www.gobernacion.gob.mx, seleccionando en el logotipo de e5cinco que se encuentra en el margen derecho de la misma.

Las publicaciones se programarán de la forma siguiente:

Las licitaciones recibidas los miércoles, jueves y viernes se publicarán el siguiente martes, y las recibidas los días lunes y martes, el siguiente jueves.

Avisos, edictos y balances finales de liquidación, cinco días hábiles, después de la fecha de recibo y pago, mientras que los estados financieros, de acuerdo al espacio disponible para publicación, dada la extensión de éstos.

Por ningún motivo se recibirá la documentación en caso de no cubrir los requisitos.

Teléfonos: 50 93 32 00 y 51 28 00 00, extensiones 35078, 35079, 35080 y 35081; fax extensión 35076.

Todos los documentos originales, entregados al Diario Oficial de la Federación, quedarán resguardados en sus archivos.

ATENTAMENTE
DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION