

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDO 001/DIR y su Anexo Único por el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación, da a conocer el diseño estandarizado de los formatos de trámites con motivo de la aplicación de la gráfica base prevista en el marco del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno y de las Disposiciones Generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional, publicados el 3 de febrero y el 4 de junio de 2015.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Dirección de Incorporación y Recaudación.- México.- Gobierno de la República.

ACUERDO 001/DIR POR EL CUAL EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A TRAVÉS LA DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN, DA A CONOCER EL DISEÑO ESTANDARIZADO DE LOS FORMATOS DE TRÁMITES CON MOTIVO DE LA APLICACIÓN DE LA GRÁFICA BASE PREVISTA EN EL MARCO DEL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE LA VENTANILLA ÚNICA NACIONAL PARA LOS TRÁMITES E INFORMACIÓN DEL GOBIERNO Y DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN, OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA VENTANILLA ÚNICA NACIONAL, PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 3 DE FEBRERO Y EL 4 DE JUNIO, DE 2015.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 9, 39, 251, fracción XXXVII y 268 A de la Ley del Seguro Social; 5, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3, 4, 32 fracción V y 75, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización; 2 fracción V, 3 fracción II inciso c); 4, 6 primer párrafo y fracción II, 71 fracciones XI y XXI, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como TERCERO, SEXTO y SÉPTIMO, del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno; y

CONSIDERANDO

Que el Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, establece que las diversas estrategias transversales previstas en dicho plan se aplicarán normativamente a través de programas especiales; derivado de ello, el 30 de agosto de 2013, se publicó en dicho medio de difusión oficial, el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, el cual incorpora, entre otros, el objetivo de "Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento";

Que en el marco del objetivo antes referido, se incorporaron como líneas de acción de la Estrategia Digital Nacional las de "Desarrollar una oferta de trámites y servicios de calidad mediante un Catálogo Nacional de Trámites y Servicios del Estado (CNTSE)" y "Digitalizar los trámites y servicios del CNTSE e incorporarlos al portal www.gob.mx de la Ventanilla Única Nacional", las cuales serán implementadas por las dependencias, entidades e instancias administrativas encargadas de la coordinación de la política en esa materia, que serán de observancia obligatoria para la Administración Pública Federal, a través de los programas respectivos;

Que el artículo Primero del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 2015, establece que su objeto es establecer la Ventanilla Única Nacional, como el punto de contacto digital a través del portal de Internet www.gob.mx, el cual propiciará la interoperabilidad con los sistemas electrónicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de las empresas productivas del Estado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a éstas y en el ámbito de sus respectivas atribuciones.

Que el referido Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, dispone en sus artículos Tercero fracciones III, V, Sexto y Séptimo, que la Ventanilla Única Nacional tendrá como objetivos, entre otros, dotar de una imagen institucional integral y homogénea que permita a las personas identificar los diversos canales de atención; y proporcionar información respecto de los trámites, de manera homologada, estandarizada e integrada; para lo cual las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado deberán observar los criterios técnicos, metodologías, guías, instructivos, manuales, estándares, principios de homologación y demás instrumentos que emita la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública, en los que se establecerán las directrices y definiciones necesarias para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional, del Catálogo y del Sistema Nacional de Trámites y Servicios, para lo anterior las dependencias y entidades deberán adecuar los canales de atención para llevar a cabo los trámites en forma estandarizada y homologada;

Que las Disposiciones Generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015, establece que las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado, deberán contribuir con lo que la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública determine para que la Ventanilla Única Nacional sea el único punto de acceso a sus trámites e información; estandarizar los formatos y formularios alineándose a los estándares de diseño, es decir gráfica base y estructura de datos que establezca dicha Unidad;

Que conforme a lo previsto en el artículo cuarto transitorio del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno antes citado, la Ventanilla deberá iniciar su operación y funcionamiento dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor de del Decreto en comento;

Que el Plan de Trabajo formulado por este Instituto de conformidad con las Disposiciones Generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015, establece cinco etapas en las que de manera gradual se realizará la aplicación de la gráfica base a los formatos que se utilizan en sus trámites;

Que en una primera etapa, la Dirección de Incorporación y Recaudación aplicará el diseño estandarizado previsto por el Decreto y disposiciones citados, a siete formatos de trámites del Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria;

Que conforme a las consideraciones y fundamentos expuestos, los instructivos, manuales y formatos que expidan las dependencias de la Administración Pública Federal, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación previamente a su aplicación, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO 001/DIR POR EL CUAL EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A TRAVÉS LA DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN, DA A CONOCER EL DISEÑO ESTANDARIZADO DE LOS FORMATOS DE TRÁMITES CON MOTIVO DE LA APLICACIÓN DE LA GRÁFICA BASE PREVISTA EN EL MARCO DEL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE LA VENTANILLA ÚNICA NACIONAL PARA LOS TRÁMITES E INFORMACIÓN DEL GOBIERNO Y DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN, OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA VENTANILLA ÚNICA NACIONAL, PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 3 DE FEBRERO Y EL 4 DE JUNIO DE 2015

ARTÍCULO PRIMERO.- Se da a conocer en el "Anexo Único" del presente Acuerdo, el diseño estandarizado de los formatos de los trámites del Instituto Mexicano del Seguro Social que se señalan a continuación, derivado de la aplicación de la gráfica base, que serán descargables a través del portal www.gob.mx, a los que fue aplicada la gráfica base:

Formato	Homoclave	Denominación de trámite
Aviso de inscripción patronal o de modificación en su registro (AFIL-01)	IMSS-02-002-A	Aviso de modificación al registro patronal Modalidad A) Por cambio de nombre, denominación o razón social del registro patronal
	IMSS-02-002-B	Aviso de modificación al registro patronal Modalidad B) Por cambio de domicilio
	IMSS-02-002-C	Aviso de modificación al registro patronal Modalidad C) Por sustitución patronal
	IMSS-02-002-D	Aviso de modificación al registro patronal Modalidad D) Por fusión
	IMSS-02-002-E	Aviso de modificación al registro patronal Modalidad E) Por escisión
	IMSS-02-002-J	Aviso de modificación al registro patronal Modalidad J) Por clausura
	IMSS-02-002-K	Aviso de modificación al registro patronal Modalidad K) Por suspensión o término de actividades

Aviso de inscripción del trabajador (AFIL-02)	IMSS-02-007	Solicitud de inscripción en la continuación voluntaria en el régimen obligatorio
	IMSS-02-038-A	Solicitud de aclaración de movimientos afiliatorios Modalidad A) Aclaración o rectificación a los movimientos afiliatorios de alta, reingreso, o modificación de salario
	IMSS-02-009	Aviso de movimientos afiliatorios de trabajadores
	IMSS-02-001-A	Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad A) Para persona física
	IMSS-02-001-B	Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad B) Para persona física del campo
	IMSS-02-001-C	Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad C) Para persona moral
	IMSS-02-001-D	Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad D) Para persona moral del campo
	IMSS-02-001-E	Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad E) Para persona moral sindicato
	IMSS-02-001-F	Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades Modalidad F) Para persona física por clase
Aviso de modificación de salario del trabajador (AFIL-03)	IMSS-02-009	Aviso de movimientos afiliatorios de trabajadores
	IMSS-02-038-A	Solicitud de aclaración de movimientos afiliatorios Modalidad A) Aclaración o rectificación a los movimientos afiliatorios de alta, reingreso, o modificación de salario
Aviso de baja del trabajador o asegurado (AFIL-04)	IMSS-02-002-J	Aviso de modificación al registro patronal Modalidad J) Por clausura
	IMSS-02-002-K	Aviso de modificación al registro patronal Modalidad K) Por suspensión o término de actividades
	IMSS-02-013	Solicitud de baja por pensión para trabajadores de empresas en procedimiento de huelga
	IMSS-02-038-C	Solicitud de aclaración de movimientos afiliatorios Modalidad C) Aclaración de movimientos afiliatorios de baja
	IMSS-02-009	Aviso de movimientos afiliatorios de trabajadores
Carta de cancelación presencial	IMSS-02-043-B	Cancelación de número patronal de identificación electrónica (NPIE) y certificado digital Modalidad B) Presencial
Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado	IMSS-02-012	Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado

Solicitud de registro o aviso de baja de beneficiario (SAV-002)	IMSS-02-066-A	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad A) Para registro de esposa (o)
	IMSS-02-066-B	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad B) Para actualización de datos de esposa (o)
	IMSS-02-066-C	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad C) Para baja de esposa (o)
	IMSS-02-066-D	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad D) Para registro de concubina (rio)
	IMSS-02-066-E	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad E) Para actualización de datos de concubina (rio)
	IMSS-02-066-F	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad F) Para baja de concubina (rio)
	IMSS-02-066-G	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad G) Para registro de padre o madre
	IMSS-02-066-H	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad H) Para actualización de datos de padre o madre
	IMSS-02-066-I	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad I) Para baja de padre o madre
	IMSS-02-066-J	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad J) Para registro de hijo (a)
	IMSS-02-066-K	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad K) Para actualización de datos de hijo (a)
	IMSS-02-066-L	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad L) Para baja de hijo (a)
	IMSS-02-066-M	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad M) Para registro de asegurado (a) o pensionado (a)
	IMSS-02-066-N	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad N) Para actualización de datos de asegurado (a) o pensionado (a)
	IMSS-02-066-O	Solicitud de registro y actualización de derechohabientes Modalidad O) Para baja de asegurado (a) o pensionado (a)

ARTÍCULO SEGUNDO.- Los formatos podrán reproducirse libremente en cualquier medio, siempre y cuando no sean alterados y en su caso, la impresión de los mismos se deberá hacer en hojas blancas tamaño carta.

ARTÍCULO TERCERO.- El personal de los Órganos Operativos competentes adscritos a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada del Instituto Mexicano del Seguro Social que otorgue la atención en ventanilla para la realización de los trámites descritos en el ARTÍCULO PRIMERO, deberá proporcionar la orientación e información necesaria para la realización del trámite y el llenado del formato que corresponda.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día hábil siguiente al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

SEGUNDO.- El presente Acuerdo actualiza la imagen de los formatos de los trámites a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social enunciados en el ARTÍCULO PRIMERO de este Acuerdo, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 16 de noviembre de 1999, 18 de enero 2005 y 22 de agosto de 2013.

TERCERO.- Los asuntos que se encuentren pendientes de resolución a la fecha de publicación del presente Acuerdo se resolverán utilizando los formatos presentados al inicio de los mismos.

CUARTO.- El Instituto Mexicano del Seguro Social realizará las acciones necesarias para efectuar las modificaciones que requieran sus sistemas informáticos para la aplicación de los conceptos que integran el diseño estandarizado requerido por la Ventanilla Única Nacional; en el lapso en que se realicen dichas adecuaciones, el Instituto podrá aplicar dicho diseño estandarizado de forma gradual en aquellos sistemas institucionales que así lo permitan, o que cuenten con la viabilidad técnica para ser modificados. En tanto los sistemas informáticos seguirán operando conforme su funcionamiento actual.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintidós días del mes de julio de dos mil quince.-
El Director de Incorporación y Recaudación, **Tuffic Miguel Ortega**.- Rúbrica.

"Anexo Único"

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01)

Fecha de publicación del formato en el DOF			Fecha de solicitud del trámite		
/ /			/ /		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
			(*) Datos Opcionales		
Exclusivo IMSS		Marque con una "X" la causa de presentación de este aviso			
Tipo de Movimiento:	Causa:	Clave Municipio:	A <input type="radio"/> Alta Patronal	B <input type="radio"/> Reanudación de actividades	
		Argumento:	C <input type="radio"/> Cambio domicilio o circunscripción	D <input type="radio"/> Cambio nombre o Razón Social	
			E <input type="radio"/> Sustitución Patronal	F <input type="radio"/> Duplicidad	
			G <input type="radio"/> Baja	H <input type="radio"/> Huelga	
			<input type="radio"/> Inicio	<input type="radio"/> Terminó	
			<input type="radio"/> Legal	<input type="radio"/> Inexistente	

Datos generales del Patrón o Sujeto Obligado

Nombre, denominación o razón social:	
En caso de persona física (sin abreviaturas):	Nombre(s)
RFC:	Primer Apellido
	Segundo Apellido
	CURP
	(SÓLO en caso de Patrón Persona Física):
Clase de riesgo manifestada por el patrón:	Número de Registro Patronal:
Fracción:	Actividad o Giro de la Empresa:
Prima:	Fecha de la causa del aviso:
	DD / MM / AAAA

Domicilio del Patrón o Sujeto Obligado

Código postal:	
Calle:	
(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)	
Número exterior:	Número interior:
Colonia:	
(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)	
*Localidad:	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	
*Teléfono fijo (lada y número):	
*Correo electrónico:	
Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.	

Nombre y firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal	
Exclusivo IMSS	
Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:	
Delegación:	Subdelegación:

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICACOFOMER
de México Representante

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Exclusivo IMSS para las causas A,B,D y E anote los datos del acta constitutiva o de otros documentos afines

No. de notaría:	No. de acta:
No. de libro:	No. de foja:
Registro Público de la Propiedad y Comercio:	Información adicional:
Lugar y fecha de constitución:	

Instrucciones para el patrón

Causa A Alta Patronal	Presente los avisos de inscripción de todos sus trabajadores
Causa B Reanudación actividades	Anote los datos registrados anteriormente en el IMSS, presentando además los avisos de inscripción de sus trabajadores: <p style="text-align: center;">Nombre, Denominación o Razón Social del Patrón o Sujeto Obligado Número de Registro Patronal</p>
Causa C Cambio de domicilio o Circunscripción	Anote el domicilio anterior: En cambios de circunscripción presente en la nueva circunscripción los avisos conforme causa "A" (Excepto D.F.) <p style="text-align: center;">Código postal Calle Número exterior e interior Colonia Municipio o Delegación Estado o Distrito Federal</p>
Causa D Cambio nombre o razón social	Anote el nombre, denominación o razón social anterior:
Causa E Sustitución patronal	Anote el nombre y número de registro del patrón sustituido (Solicite información adicional): <p style="text-align: center;">Nombre, Denominación, Razón Social del Patrón Sujeto Obligado Número de Registro Patronal</p>
Causa F Duplicidad	Anote los números de registro patronal aplicados y solicite información adicional: <p style="text-align: center;">Registro 1 Registro 2</p>
Causa G Baja	Anote el motivo de la baja: <p>NOTA: En caso de que la baja corresponda a uno de los centros de trabajo o filiales de una empresa controlados por un mismo registro patronal, presente únicamente los avisos de baja de los trabajadores adscritos a ese centro o filial.</p>
Causa H Huelga	Las empresas en estado de huelga no presentan avisos de baja sólo deben informar los nombres y Números de Seguridad Social de los trabajadores que no están en huelga
<p>NOTA</p> <ul style="list-style-type: none"> Para las causas A, B, D y E adjunte copia del acta constitutiva de la empresa, debidamente protocolizada y copia del registro ante el SAT u otra dependencia que autorice el ejercicio, además del formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el seguro de riesgo de trabajo" (esta última excepto en causa "D") Para la causa C adjunte copia del aviso presentado ante el SAT. 	
Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:	
<input type="radio"/> IMSS-02-010-A <input type="radio"/> IMSS-02-010-B <input type="radio"/> IMSS-02-002-A <input type="radio"/> IMSS-02-002-B	<input type="radio"/> IMSS-02-002-C <input type="radio"/> IMSS-02-002-D <input type="radio"/> IMSS-02-002-E <input type="radio"/> IMSS-02-002-J <input type="radio"/> IMSS-02-002-K
Homoclave del formato	
AFIL-01	
Se presenta por triplicado	

MÉXICO
GOBIERNO EN LA REPÚBLICA



COFOMER
de México Registradora



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Inscripción del Trabajador (AFIL-02)

Fecha de publicación del formato en el DOF		
DD	MM	AAAA

UMF	Fecha de solicitud del trámite		
	DD	MM	AAAA
	(*) Datos Opcionales		

Datos generales del trabajador	
Número de Seguridad Social:	
CURP:	
*RFC:	
Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small>	
Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	
Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	
Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer	
Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA	
Lugar de nacimiento: (Estado)	Ocupación del trabajador:
En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario:	
Salario base de cotización: \$	
Tipo de contratación: <input type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input type="radio"/> 3 Eventual Construcción	
Tipo de Salario: <input type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto	
Fecha de ingreso al trabajo: DD / MM / AAAA	
Nombre del padre (aún finado):	
Nombre de la madre (aún finada):	
Domicilio del trabajador	
Código postal:	
Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>	
Número exterior:	Número Interior:
Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>	
*Localidad:	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	

Datos del patrón	
Número de Registro Patronal:	
CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física):	
RFC:	
Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado: <small>En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
Ubicación del centro de trabajo	
Código postal:	
Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>	
Número exterior:	Número Interior:
Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>	
*Localidad:	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	
Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo)	
Firma o huella del trabajador	
Exclusivo del IMSS	
Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:	
Extemporáneo: <input type="radio"/> 1	Clave de argumento:
Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.	

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO EN LA REPÚBLICA



COFOPR
de México



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Importante para el patrón

- Para la integración del salario considere los artículos 27, 28, 29, 30 y 32 de la Ley del Seguro Social y 29 de la Ley del INFONAVIT.

Importante para el trabajador

A partir de esta fecha, ha quedado usted inscrito con derecho a recibir las prestaciones de las Leyes del Seguro Social e INFONAVIT, una vez reunidas las condiciones establecidas en ellas.

Recuerde que el Número de Seguridad Social que se le ha asignado es único e intransferible y deberá proporcionarlo cada vez que solicite algún trámite ante los Institutos o ante la AFORE de su elección.

Para la obtención del servicio médico, deberá usted acudir a la Unidad de Medicina Familiar que aparece anotada en este aviso para que le sea entregada su Cartilla Nacional de Salud.

Para el registro de sus beneficiarios legales deberá cumplir con los requisitos que establece la Ley del Seguro Social, además de presentar los siguientes documentos:

- Esposa(o):
- Concubinario(rio): (con hijos procreados) (sin hijos procreados)
- Hijos: (hasta los 16 años) (de 16 a 25 años)
- Padres:
- Copia certificada del acta de matrimonio civil.
- Copia certificada del acta de nacimiento de cada uno de los hijos.
- Comprobación de convivencia y dependencia económica del asegurado, mínimo 5 años.
- Copia certificada del acta de nacimiento
- Copia certificada del acta de nacimiento y comprobante de la escuela del sistema educativo nacional, donde realiza estudios, que indique inicio y término del ciclo escolar.
- Copia certificada del acta de nacimiento del asegurado y comprobación de convivencia y dependencia económica con el asegurado.

Para todo trámite y solicitud de prestaciones debe presentar la Cartilla Nacional de Salud.

Importante:

Cualquier cambio de domicilio comuníquelo al IMSS a través de la unidad de medicina familiar de su adscripción o a través del portal www.imss.gob.mx

Revise que su salario este correctamente anotado, ya que es la base para otorgarle los beneficios que establecen las Leyes del Seguro Social y del INFONAVIT.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-001-A
- IMSS-02-001-B
- IMSS-02-001-C
- IMSS-02-001-D
- IMSS-02-001-E
- IMSS-02-001-F
- IMSS-02-001-G
- IMSS-02-009
- IMSS-02-038-A
- IMSS-02-007

Homoclave del formato

AFIL-02

Se presenta por triplicado



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Modificación de Salario del Trabajador (AFIL-03)

Fecha de publicación del formato en el DOF		Fecha de solicitud del trámite	
DD / MM / AAAA		DD / MM / AAAA (* Datos Opcionales)	
Datos generales del asegurado		Datos del patrón	
Número de Seguridad Social:		Número de Registro Patronal:	
CURP:		CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física):	
*RFC:		RFC:	
Nombre(s): Sin abreviaturas		Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado:	
Primer apellido: Sin abreviaturas		En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
Segundo apellido: Sin abreviaturas		Ubicación del centro de trabajo	
Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer		Código postal:	
Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA		Calle: Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.	
Lugar de nacimiento: (Estado) Ocupación del trabajador:		Número exterior: Número Interior:	
En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario:		Colonia: Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.	
Salario base de cotización anterior: \$		*Localidad:	
Salario base de cotización: \$		Municipio o Delegación:	
Tipo de contratación: <input type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input type="radio"/> 3 Eventual Construcción		Estado o Distrito Federal:	
Tipo de Salario: <input type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto		Exclusivo del IMSS	
Fecha de la modificación: DD / MM / AAAA		Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:	
Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo)		Extemporáneo: <input type="radio"/> 1 Clave de argumento:	
Firma o huella del trabajador		Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.	

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO EN LA REPÚBLICACOFOMER
del Sistema RegistralContacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

A los patrones

Para la integración del salario considere los arts. 27, 28, 29, 30 y 32 de la Ley del Seguro Social y el artículo 29 de la Ley del INFONAVIT.

Recuerde, cada vez que la comisión nacional de los salarios mínimos establezca nuevos salarios mínimos generales, el IMSS operará en forma automática las modificaciones de salario mínimo de los trabajadores de conformidad con el artículo 55 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

Importante

Trabajador: En caso de cambio de domicilio comuníquelo al IMSS a través de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción o a través del portal www.imss.gob.mx

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-009
- IMSS-02-038-A

Homoclave del formato

AFIL-03

Se presenta por triplicadoMÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICACOFOMER
de México Representa

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Baja del Trabajador (AFIL-04)

Fecha de publicación del formato en el DOF		UMF	Fecha de solicitud del trámite
DD / MM / AAAA			DD / MM / AAAA
		(*) Datos Opcionales	
Datos generales del trabajador o asegurado		Datos del patrón	
Número de Seguridad Social:		Número de Registro Patronal:	
CURP:		CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física):	
*RFC:		RFC:	
Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small>		Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado:	
Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small>		En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small>		Ubicación del centro de trabajo	
Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer		Código postal:	
Fecha de baja del trabajador asegurado: Último día de salario devengado DD / MM / AAAA		Calle:	
Causa de la baja:		Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.	
		Número exterior: Número Interior:	
		Colonia:	
		Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.	
		*Localidad:	
		Municipio o Delegación:	
		Estado o Distrito Federal:	
Firma del patrón sujeto obligado o su representante legal		Exclusivo del IMSS	
Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.		Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:	
		Extemporáneo: <input type="radio"/> 1 Clave de argumento:	
		Aplicación Art. 37 LSS	

Importante para el patrón

Durante el estado de huelga no procederá el aviso de baja, salvo en caso de que el trabajador reúna los requisitos para obtener una pensión.

El aviso de baja no surtirá efecto legal o administrativo alguno cuando se presente en el periodo en que el trabajador se encuentre incapacitado temporalmente para el trabajo.

Si el aviso de baja es presentado extemporáneamente surtirá efectos a partir de la fecha de su presentación (artículo 37 de la Ley del Seguro Social y artículo 57 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización).

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-002-J
 IMSS-02-002-K
 IMSS-02-009
 IMSS-02-038-C
 IMSS-02-013

Homoclave del formato

AFIL-04

Se presenta por triplicado

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFOMER
de México Registrada



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social

Carta de Cancelación Presencial

Homoclave del trámite
IMSS-02-043-B
Fecha de publicación del formato en el DOF
DD / MM / AAAA

Fecha de solicitud del trámite
DD / MM / AAAA
Homoclave del formato
FF-IMSS-008

Instituto Mexicano del Seguro Social

C. Subdelegado del IMSS

Presente:

Con el objeto de cumplir con los lineamientos para la Asignación del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital, establecidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, solicito a usted la cancelación del Certificado Digital suscrito a favor del Sr.(a) _____ en su calidad de: _____ de la empresa con nombre, denominación o razón social: _____ con NPIE: _____, con número de folio: _____ con Registro Federal de Contribuyente/Clave Única de Registro de Población (en caso de Patrón Persona Física): _____.

Para efectos de la cancelación del Certificado Digital, soy conocedor de que a partir de la hora y fecha en que el Instituto me informe que la operación quedó confirmada, ya no podré hacer uso de los sistemas creados por el Instituto para el intercambio de información por medios electrónicos, hasta que solicite y active un nuevo Certificado Digital, conforme a los procesos y lineamientos que el Instituto determine para tales efectos.

Atentamente

Nombre y firma del patrón, sujeto obligado o representante legal

NOTA: Para realizar el trámite deberá presentarse con el original de su identificación oficial, la Tarjeta de Identificación Patronal y la Carta de Términos y Condiciones para la Obtención y Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica (NPIE) y Certificado Digital que firmó al solicitar la asignación.

Se presenta por duplicado para acuse

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO EN LA REPÚBLICA



COFOMER
de México Representativa



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instructivo de Llenado

1. Fundamento Legal:

1.1. Ley del Seguro Social (DOF 21 de Diciembre de 1995, 21 de noviembre de 1996, 20 de diciembre de 2001, 11 de agosto de 2004)

Artículos: 15, Fracciones: I, II, III, IV y último párrafo, 286 L, 286 M y 286 N.

1.2. Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización (DOF 1 de noviembre de 2002) Artículos 5, 6, 14, 15 y 16.

1.3. Acuerdo 390/2003 del Consejo Técnico del Instituto, del 22 de octubre de 2003, modificado mediante Acuerdo 43/2004 de fecha 21 de enero de 2004, a través del cual se aprueban los lineamientos relativos a la Asignación de Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital, publicado en el D.O.F. el 3 de marzo de 2004.

2. Plazo de Resolución:

2.1. Inmediata.

3. Número de tantos del formato y su distribución:

3.1. Original: para el Instituto.

3.2. Copia: para el solicitante.

4. Documentos y Formatos Adicionales:

4.1. Identificación oficial con fotografía y firma del patrón o sujeto obligado o de su representante legal (credencial para votar, cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, cédula profesional).

4.2. Tarjeta de Identificación Patronal TIP.

4.3. Copia de la Carta de Términos y Condiciones para la Obtención y Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital (NPIE) que firmó al solicitar la asignación del NPIE y Certificado Digital.

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

5.1. Subdelegación de control del domicilio fiscal del patrón o sujeto obligado.

6. Unidad Administrativa que resuelve el trámite:

6.1. Subdelegación de control del domicilio fiscal del patrón o sujeto obligado.

7. Número telefónico para quejas:

7.1. Orientación telefónica: 01800 6232323, o consultar el portal de Internet: www.imss.gob.mx

A Instrucciones Generales

- El patrón, sujeto obligado o su representante legal únicamente deberá proporcionar al empleado de ventanilla el Número Patronal de Identificación Electrónica.
- El patrón o sujeto obligado deberá imprimir el formato de Carta de Cancelación Presencial y una vez llenado presentarlo en la Subdelegación de Control de su domicilio fiscal, firmado en forma autógrafa.

B Instrucciones Específicas

C. Subdelegado del IMSS	Registrar el nombre del titular de la Subdelegación en caso de conocerlo.
Sr.(a)	Registrar el nombre según corresponda del patrón, sujeto obligado o su representante legal.
En su calidad de	Registrar la calidad de representación de la persona que se registró en el punto anterior.
Nombre, denominación o razón social	Registrar el nombre, denominación o razón social del patrón o sujeto obligado.
NPIE	Registrar el Número Patronal de Identificación Electrónica impreso en la Carta de Términos y Condiciones de Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital.
No. de Folio	Registrar el Número de serie asignado el cual se encuentra impreso en la Carta de Términos y Condiciones de Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital.
RFC	Registrar el Registro Federal de Contribuyentes de la empresa, patrón o sujeto obligado.
CURP	Clave Única de Registro de Población en caso de Patrón Persona Física.

Para quejas o denuncias relacionadas a este trámite, puede dirigirse al Órgano Interno de Control del IMSS. También lo puede hacer vía correo electrónico a la cuenta: contactociudadano@funcionpublica.gob.mx; o en su caso de manera telefónica a través de los números 018001128700, lada sin costo 2000 2000 en el D.F. y 2000 3000 ext. 2164.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFOMER
de Nueva Regulatoria



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de Regularización y/o Corrección de Datos Personales del Asegurado

Homoclave del trámite
IMSS-02-012
Fecha de publicación del formato en el DOF
DD / MM / AAAA

Folio
Fecha de solicitud del trámite
DD / MM / AAAA

Este formato consta de 9 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección IX (*) Datos opcionales

I. Datos generales del asegurado

I.1 Datos del asegurado	
1. CURP:	
2. RFC :	
3. Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small>	
4. Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	
5. Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	
6. Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer	
7. Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA	
8. *UMF:	
9. *Escriba el nombre de la AFORE en la que se encuentra registrado:	
I.2 Lugar de nacimiento	
10. *Localidad:	
11. Municipio o Delegación:	
12. Estado o Distrito Federal:	
13. País:	

I.3 Datos del acta de nacimiento	
14. Entidad Federativa de Registro:	
15. Municipio o Delegación:	
16. Año de Registro:	
17. Número de libro:	18. Número de acta:
19. Número de Foja:	
20. Número de tomo:	
21. *CRIP:	
I.4 Nombre del padre	
22. Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small>	
23. Primer Apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	
24. Segundo Apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	
I.5 Nombre de la madre	
25. Nombre (s): <small>Sin abreviaturas</small>	
26. Primer Apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	
27. Segundo Apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	

I.6 Números de Seguridad Social involucrados en la aclaración

II. Motivo de la aclaración

A) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar ante el IMSS:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cobro de incapacidad | <input type="checkbox"/> Retiro por desempleo | <input type="checkbox"/> Gastos de matrimonio | <input type="checkbox"/> Gastos de funeral |
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Registro de beneficiarios | <input type="checkbox"/> Cambio de UMF | |
| <input type="checkbox"/> Autorización permanente para recibir servicios en circunscripción foránea | | <input type="checkbox"/> Adscripción a UMF | |

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



CO-MER
de México Registrada



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

B) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar en la AFORE:

- Registro en la AFORE Aclaración de saldo de subcuenta de vivienda

C) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar en INFONAVIT:

- Obtener un crédito Conclusión de crédito Prórroga o reestructura de crédito

Descuento indebido de crédito Señale el número de crédito que le están descontando: _____

D) Otro.

Especifique: _____

III. Domicilio del asegurado

28. Código postal:	33. *Localidad:
29. Calle:	34. Municipio o Delegación:
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>	35. Estado o Distrito Federal:
30. Número exterior: 31. Número interior:	36. *Teléfono fijo (lada y número):
32. Colonia:	37. *Teléfono móvil:
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>	38. *Correo electrónico:

Este apartado deberá requisitarse por el beneficiario o representante legal que se acredite, en caso de menor de edad, ausencia, enfermedad o fallecimiento del asegurado

IV. Datos del solicitante (Beneficiario o representante legal del asegurado)

IV.1 Datos generales	IV.2 Domicilio
39. CURP:	49. Código postal:
40. *RFC :	50. Calle:
41. Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small>	<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>
42. Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	51. Número exterior: 52. Número interior:
43. Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	53. Colonia:
44. Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer	<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>
45. *Teléfono fijo (lada y número):	54. *Localidad:
46. *Teléfono móvil:	55. Municipio o Delegación:
47. *Correo electrónico:	56. Estado o Distrito Federal:
48. Beneficiario:	
<input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Representante Legal	
<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Concubina / Concubinario	

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICACOFOPR
de Mujeres Registradas**Contacto:**

Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social

VII. Indicar en el recuadro los documentos probatorios que presenta el asegurado o solicitante en copia simple y original para su cotejo

Para ser llenado por el IMSS	
Acta de nacimiento	<input type="checkbox"/>
Identificación oficial	
a) Credencial para votar vigente	<input type="checkbox"/>
b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero	<input type="checkbox"/>
c) Cartilla del servicio militar nacional	<input type="checkbox"/>
d) Cédula profesional	<input type="checkbox"/>
e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional)	<input type="checkbox"/>
f) Tarjeta/cédula/carnet de identidad para extranjeros (en caso de extranjeros)	<input type="checkbox"/>
g) Documento migratorio vigente que corresponda, emitido por autoridad competente (en su caso prórroga o refrendo migratorio)	<input type="checkbox"/>
Clave Única de Registro de Población CURP	<input type="checkbox"/>
Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de presentación de la solicitud.	
a) Derechos de agua	<input type="checkbox"/>
b) Luz	<input type="checkbox"/>
c) Teléfono (excepto celular)	<input type="checkbox"/>
d) Recibo de Gas	<input type="checkbox"/>
e) Certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente).	<input type="checkbox"/>
No es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante	
Documento expedido por el IMSS que contenga el Número de Seguridad Social	<input type="checkbox"/>
a) Avisos Afiliatorios (Forma 2-A, AFIL-02, AFIL-03, AFIL-04, IDSE-03, AFIL-06 y DST-002).	<input type="checkbox"/>
b) Tarjeta de afiliación	<input type="checkbox"/>
c) Certificado de incapacidad	<input type="checkbox"/>
d) Cartilla de citas médicas	<input type="checkbox"/>
e) Credencial ADIMSS	<input type="checkbox"/>
f) Liquidaciones pagadas	<input type="checkbox"/>
g) Comprobantes de pago	<input type="checkbox"/>
h) Carta de renuncia o finiquito	<input type="checkbox"/>
i) Comprobantes SAR-03, SAR-04 o estado de cuenta de la AFORE	<input type="checkbox"/>
j) Otros	<input type="checkbox"/>
En caso de que el asegurado autorice que el trámite lo realice un tercero, éste deberá presentar además de los documentos señalados en los puntos del 1 al 5:	
- Poder notarial que lo acredite	<input type="checkbox"/>
- Identificación oficial	<input type="checkbox"/>
En caso de fallecimiento:	
- Acta de defunción del asegurado en copia simple y original para su cotejo:	<input type="checkbox"/>
Tratándose de:	
- Esposa: Acta de matrimonio e identificación oficial	<input type="checkbox"/>
- Hijos: Acta de nacimiento e identificación oficial.	<input type="checkbox"/>
- Padres: Identificación oficial	<input type="checkbox"/>
- Concubina / Concubinario: Constancia testimonial con que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente e Identificación oficial.	<input type="checkbox"/>



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social

Comprobante de solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado

Exclusivo IMSS	
Fecha y hora de recepción:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">Folio</div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">Fecha de solicitud del trámite</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> DD / MM / AAAA </div> </div>	
<p>Usted deberá recoger la respuesta de su trámite una vez transcurridos: _____ días hábiles contados a partir de la fecha de su solicitud; en caso contrario se procederá a cancelar su trámite.</p>	
Sello IMSS	
<p><small>Los datos personales recabados serán protegidos, tratados e incorporados en el sistema de datos personales denominado Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) con fundamento en el Artículo: 22 de la Ley del Seguro Social, 13 fracción IV y V, 18, 19, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, cuya finalidad es proteger, contener, ordenar y clasificar los datos de los patrones y asegurados. El Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) está registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.inai.org.mx), y serán transmitidos, al INFONAVIT y a la CONSAR con la finalidad de que el asegurado haga valer su derecho de ejercicio de crédito de vivienda y disposición del Seguro de Retiro, además de otras prestaciones 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 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 Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón o del asegurado, en su caso. 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.</small></p>	

MÉXICO
GOBIERNO EN LA REPÚBLICA



COFOMER
de México Registrada



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social

IX. Instructivo de llenado

No.	Dato	Anotar
I.-	Datos generales del asegurado	
I.1	Datos del asegurado	
1.-	CURP:	Clave Única de Registro de Población. Secuencia alfanumérica de 18 caracteres.
2.-	RFC:	Registro Federal de Contribuyentes proporcionado por el SAT (*Opcional).
3.-	Nombre(s):	Nombre completo del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
4.-	Primer apellido:	Primer apellido del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
5.-	Segundo apellido:	Segundo apellido del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
6.-	Sexo:	Marcar con X el género que corresponda.
7.-	Fecha de nacimiento :	Fecha de nacimiento del asegurado conforme a la registrada en el acta de nacimiento.
8.-	UMF:	Unidad de Medicina Familiar de Adscripción (*Opcional).
9.-	AFORE:	Escriba el nombre de la AFORE en la que se encuentra registrado (*Opcional).
I.2	Lugar de nacimiento	
10.-	Localidad:	Nombre de la localidad de nacimiento, en caso de ser extranjero no aplica (*Opcional).
11.-	Municipio o Delegación:	Municipio o Delegación de nacimiento del asegurado (En caso de ser extranjero no aplica).
12.-	Estado o Distrito Federal:	Estado de la República Mexicana en donde ocurre, se inscribe o levanta el acta de nacimiento.
13.-	País:	País de nacimiento.
I.3	Datos de acta de nacimiento	
14.-	Entidad federativa de registro:	Entidad federativa de registro del acta de nacimiento.
15.-	Municipio o Delegación:	División política territorial mexicana de las Entidades Federativas en donde se inscribe o se levanta el Acta de Nacimiento.
16.-	Año de registro	Año de registro del acta de nacimiento.
17.-	Número de libro:	Número de libro del acta de nacimiento.
18.-	Número de acta:	Número de acta de nacimiento.
19.-	Número de foja:	Número de foja del acta de nacimiento.
20.-	Número de tomo:	Número de tomo del acta de nacimiento.
21.-	CRIP:	Clave de Registro e Identidad Personal. Secuencia alfanumérica de 15 caracteres que asigna el Registro Civil en el Acta de nacimiento como elemento de localización (*Opcional).
I.4	Nombre del padre	
22.-	Nombre(s):	Nombre(s) del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
23.-	Primer apellido:	Primer apellido del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
24.-	Segundo apellido:	Segundo apellido del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
I.5	Nombre de la madre	
25.-	Nombre(s):	Nombre(s) de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
26.-	Primer apellido:	Primer apellido de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
27.-	Segundo apellido:	Segundo apellido de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
I.6	N.S.S. involucrados:	Anotar los número(s) de seguridad social involucrados.
Nota: En este grupo de datos, deberá requisitar al menos uno.		
II.- Motivo de la aclaración		
A)	Señale con una X el trámite a realizar ante el IMSS	Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante el IMSS.
B)	Señale con una X el trámite a realizar en la AFORE	Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante la AFORE.
C)	Señale con una X el trámite a realizar en el INFONAVIT	Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante el INFONAVIT.
D)	Otro	Anotar y especificar cualquier otro motivo de aclaración.

Instituto Mexicano del Seguro Social

No.	Dato	Anotar
III.-	Domicilio del asegurado	
28.-	Código postal:	Código postal del domicilio del asegurado.
29.-	Calle:	Nombre de la vialidad que indica el comprobante de domicilio.
30.-	Número exterior:	Número exterior del domicilio del asegurado.
31.-	Número interior:	Número interior del domicilio del asegurado.
32.-	Colonia:	Nombre de la colonia del domicilio del asegurado.
33.-	Localidad:	Nombre de la localidad (*Opcional).
34.-	Municipio o Delegación:	Municipio o Delegación del domicilio del asegurado.
35.-	Estado o Distrito Federal:	Estado o Distrito Federal del domicilio del asegurado.
36.-	Teléfono fijo:	Teléfono fijo a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia (*Opcional).
37.-	Teléfono móvil:	Número móvil (*Opcional).
38.-	Correo electrónico:	Dirección de correo electrónico del asegurado (*Opcional).

Este apartado deberá requisitarse en caso de ausencia, enfermedad o fallecimiento del asegurado, por el beneficiario o representante legal que se acredite.

IV. Datos del solicitante (Beneficiario o representante legal del asegurado).

IV.1	Datos generales	
39.-	CURP:	Clave Única de Registro de Población. Secuencia alfanumérica de 18 caracteres.
40.-	RFC:	Registro Federal de Contribuyentes proporcionado por el SAT (*Opcional).
41.-	Nombre(s):	Nombre completo del solicitante conforme al registrado en el acta de nacimiento.
42.-	Primer apellido:	Primer apellido del solicitante conforme al registrado en el acta de nacimiento.
43.-	Segundo apellido:	Segundo apellido del solicitante conforme al registrado en el acta de nacimiento.
44.-	Sexo:	Marcar con X el sexo que corresponda.
45.-	Teléfono fijo:	Teléfono fijo a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia (*Opcional).
46.-	Teléfono móvil:	Número móvil (*Opcional).
47.-	Correo electrónico:	Dirección de correo electrónico del solicitante (*Opcional).
48.-	Beneficiario:	Indicar el parentesco con el asegurado.
IV.2	Domicilio:	
49.-	Código postal:	Código postal del domicilio del solicitante o representante legal del asegurado.
50.-	Calle:	Nombre de la vialidad que indica el comprobante de domicilio.
51.-	Número exterior:	Número exterior del domicilio del solicitante.
52.-	Número interior:	Número interior del domicilio del solicitante.
53.-	Colonia:	Nombre de la colonia del domicilio del solicitante.
54.-	Localidad:	Nombre de la localidad (*Opcional)
55.-	Municipio o Delegación:	Municipio o Delegación del domicilio del solicitante.
56.-	Estado o Distrito Federal:	Estado o Distrito Federal del domicilio del asegurado (*Opcional).
V.	Datos de su historia laboral (Llenar los campos necesarios iniciando con el patrón que lo inscribió por primera vez ante el IMSS).	
-	Nombre del patrón o razón social	Nombre, denominación o razón social de todos los patrones o sujetos obligados con los que ha laborado.
-	Fecha de inscripción	Fecha de alta o reingreso del periodo laborado con cada uno de los patrones con los cuales trabajó.
-	Fecha de baja	Fecha de baja del periodo laborado con cada uno de los patrones con los cuales trabajó.
-	Entidad federativa donde laboró	Entidad federativa en donde se encuentren localizados los registros patronales donde ha laborado.



Instituto Mexicano del Seguro Social

No.	Dato	Anotar
VI.	Datos adicionales de su historia laboral	
-	Número de registro patronal	Clave numérica o alfanumérica en 11 posiciones, con la cual el IMSS identifica a los patrones o sujetos obligados.
-	Actividad o giro de la empresa	Actividad o giro de la empresa.
-	Domicilio de la empresa	Domicilio de la empresa donde laboró el asegurado.
Para ser llenado por el IMSS (*)		
VII.	Indicar en el recuadro los documentos probatorios que presenta el asegurado o solicitante en copia simple y original para su cotejo:	
-	Documentos probatorios	El empleado del IMSS deberá señalar en cada rubro la documentación entregada.
VIII.	Observaciones	En este rubro se podrá agregar información adicional que considere relevante manifestar el solicitante.
-	Firma del asegurado o solicitante	Firma autógrafa del asegurado o solicitante.
-	Huella digital	Huella digital del asegurado, beneficiario o representante legal.
-	Nombre y firma del trabajador	Nombre completo y firma del trabajador que recibe el trámite.
-	Matrícula	Matrícula del trabajador que recibe el trámite.
-	Sello del IMSS	El empleado IMSS deberá sellar con reloj fechador.
Comprobante de solicitud		
-	Días hábiles	Llenar el comprobante con los datos solicitados y entregar al solicitante. Registrar los días a transcurrir para que el solicitante acuda a recoger la respuesta de su trámite.
(*) Nota: La secciones VII y el comprobante de solicitud, deberán ser requisitadas por el empleado IMSS.		
		Homoclave del formato
		FF-IMSS-007



Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de registro o aviso de baja de beneficiario (SAV-002)

Homoclave del formato		Fecha de publicación del formato en el DOF	
SAV-002		DD / MM / AAAA	
Clave	Clínica	Datos del asegurado	
Modalidad		NSS:	
		CURP:	
		Nombre:	
Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del Beneficiario		Agregado de Identidad	Mes de nacimiento

Documentos que presenta para comprobar el parentesco o baja

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 Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.inai.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.

Firma del asegurado

Lugar y fecha

Nombre y firma del empleado

Declaro y manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en cada requisito son correctos y corresponden a la verdad, apercibido que de conformidad con el artículo 314 de la Ley del Seguro Social, se me reputara como fraude y se me sancionara como tal, en los términos del Código Penal Federal, el obtener, así como el propiciar la obtención, de los seguros, prestaciones y servicios que esta 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, lo cual podrá ser verificado por el Instituto en cualquier momento, en uso de sus facultades de comprobación como organismo fiscal autónomo.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> IMSS-02-066-A | <input type="radio"/> IMSS-02-066-B | <input type="radio"/> IMSS-02-066-C | <input type="radio"/> IMSS-02-066-D | <input type="radio"/> IMSS-02-066-E |
| <input type="radio"/> IMSS-02-066-F | <input type="radio"/> IMSS-02-066-G | <input type="radio"/> IMSS-02-066-H | <input type="radio"/> IMSS-02-066-I | <input type="radio"/> IMSS-02-066-J |
| <input type="radio"/> IMSS-02-066-K | <input type="radio"/> IMSS-02-066-L | <input type="radio"/> IMSS-02-066-M | <input type="radio"/> IMSS-02-066-N | <input type="radio"/> IMSS-02-066-O |

Cadena original:

||| Invocante:portalimssdigital|Tipo de Tramite: Fecha:
Folio: Nombre o Razón Social: Curp: Número de Seguridad Social:

Sello digital:

Secuencia notarial:

Número de serie:

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFOMER
de México Registrada



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>