|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** |  |
|  | **SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN** |  |
| Delegación | **(1)** |   |
| Subdelegación | **(2)** | FOLIO NO. **(4)** |
| Unidad Receptora | **(3)** |  |
| Finiquito **(5)** | ( ) | Hechos que inciden en el cálculo o en el monto de pago de la misma **(5)** ( ) |  |
| Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión **(5)** ( ) | Cambio de cuenta bancaria **(5)** ( ) |  |
| **I. DATOS DEL PENSIONADO** |
| (6) |  | (6) |  | (6) |
| Apellido Paterno |  | Apellido Materno |  | Nombre (s) |
|  |  |  |
| (7) |  | (8) |
| Número de Seguridad Social |  | C.U.R.P. |
| **II. DATOS DEL SOLICITANTE** |
| **(9)** |  | **(9)** |  | **(9)** |
| Apellido Paterno |  | Apellido Materno |  | Nombre (s) |
|  |  |  |
| **(10)** |  | **(11)** |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext. |  | Colonia |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **(12)** |  | **(13)** |  | **(14)** |  | **(15)** |
| C.P. |  | Ciudad o Entidad |  | Teléfono |  | Correo Electrónico |
|  |
| **III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** |
| **(16)** |  | **(16)** |  | **(16)** |
| Apellido Paterno |  | Apellido Materno |  | Nombre(s) |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **(17)** |  | **(18)** |  | **(19)** |
| C.U.R.P. |  | Identificación |  | Teléfono |
| Apoderado Legal **(20)** ( ) Patria Potestad **(20)** ( ) Tutor **(20)** ( ) |  | **(21)** |
| Personalidad Jurídica |  | Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición |
|  |
| **IV. DATOS DE LA PENSIÓN** |
| **(22)** |  | **(23)** |
| Régimen |  | Rama |
| **(24)** |  | **(25)** |
| Tipo de Pensión |  | Grupo Familiar |
| **V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO** |
| **V.I EN CASO DE FINIQUITO (26)** |
| Finiquito por contraer nuevas nupcias **(27)** | ( ) | Fecha de matrimonio: | **(27)** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Lo anterior para finiquitar la pensión que percibió conforme a la Ley del Seguro Social, en el entendido que se extinguirán con este pago todos los derechos previstos de los seguros de Riesgo de Trabajo o Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, según sea el caso. |
| **V.II EN CASO DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO DEL MONTO DEL PAGO DE LA MISMA (28)** |
| Por medio de la presente solicito la modificación de mi pensión por: |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Motivo: **(29)** |  |  |  |  |  |  |
| Semanas de Cotización | ( ) | Porcentaje de Valuación Médica  | ( ) | Fecha de inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el trabajo | ( ) |
| Salario Base de Cotización  | ( ) | Inexistencia del Estado de Invalidez | ( ) | Errores aritméticos o informáticos | ( ) |
| Calificación de Riesgos de Trabajo | ( ) | Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social (Régimen del Seguro Social 1973/1997) | ( ) | Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión | ( ) |
| **V. III EN CASO DE NUEVO ASIGNATARIO O BENEFICIARIO DE PENSIÓN (30)** |
| Nuevo asignatario **(31)** ( )  |
| Esposa o concubina  | ( ) | Hijo menor de 16 años  | ( ) | Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante  | ( ) |
| Hijo mayor de 16 años incapacitado ( ) | Ascendientes padre/madre ( ) |  |
| Beneficiario de pensión de orfandad **(32)**  ( )  |
| Hijo menor de 16 años  | ( ) | Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante  | ( ) | Hijo mayor de 16 años incapacitado  | ( ) |
| Manifiesto que el (los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentra(n) inscrito(s) en la Institución educativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con clave \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al ciclo escolar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y año escolar\_\_\_\_\_\_\_\_; se entrega constancia de estudios con una vigencia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con fecha y lugar de expedición \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. **(33)** |
| **V. IV CAMBIO DE CUENTA BANCARIA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(34)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(35)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(36)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de la institución bancaria Número de Cuenta CLABE Acreditamiento a partir del mes de |
| **DATOS DEL BENEFICIARIO O ASIGNATARIO FAMILIAR (37)** |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Sexo | CURP |
| Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el (los) beneficiario(s) hijo(s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al Régimen Obligatorio del Seguro Social. |

|  |
| --- |
| **VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS (38)** |
| **IDENTIFICACIÓN OFICIAL** |  |
| Credencial ADIMSS | ( ) | Cédula profesional | ( ) | Cartilla del servicio militar  | ( ) |
| Credencial para votar  | ( ) | Pasaporte  | ( ) | Cédula de identidad personal  | ( ) |
| Documento Expedido por la Delegación o Municipio  | ( ) | Carta de naturalización  | ( ) | Constancia de estudios  | ( ) |
| Documento migratorio  | ( ) | Tarjeta de residencia  | ( ) |  |  |
| **DOCUMENTO CON NSS** |  |
| IMSS | ( ) | INFONAVIT  | ( ) | AFORE  | ( ) |
| **R.F.C.** |
| Constancia de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes  | ( ) | Cédula de identificación fiscal  | ( ) | Comprobante de pago de salario  | ( ) |
| Estado de cuenta de su cuenta individual AFORE  | ( ) | Factura Fiscal expedida a su favor  | ( ) | Cualquier documento que contenga el RFC | ( ) |
| **DOCUMENTOS DE APOYO** |
| Recibos de pago | ( ) | Contratos de trabajo | ( ) | Comprobantes de inscripción al seguro social | ( ) |
| **COMPROBANTE DE DOMICILIO**  | ( ) | **C.U.R.P.** | ( ) | **DOCUMENTO DE AFORE** | ( ) |
| **DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN DE CRÉDITO AUTORIZADA POR EL IMSS**  | ( ) | **COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/RECONOCIMIENTO/ CARTA DE NATURALIZACIÓN** | ( ) | **DICTAMEN ST-6** | ( ) |
| **CONSTANCIA VIGENTE DE REGISTRO DE BENEFICIARIO ASCENDIENTE/CÓNYUGE ESPOSO O CONCUBINARIO** | ( ) | **COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DEL CONCUBINATO** | ( ) | **COPIA CERTIFICADA DE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA** | ( ) |
| **COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO** | ( ) | **CONSTANCIA DE ESTUDIO** | ( ) | **OTROS ESPECIFICAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ( ) |
| **EN CASO DE FINIQUITO**  |
| COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO | ( ) |  |  |  |  |
| **EN CASO DE CAMBIO DE CUENTA BANCARIA** |  |
| CONTRATO BANCARIO | ( ) | ESTADO DE CUENTA O DOCUMENTO EMITIDO POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA |  ( ) |  |  |
|  |
| **VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL (39)** |
| **IDENTIFICACIÓN OFICIAL** |
| Credencial ADIMSS | ( ) | Cédula profesional | ( ) | Cartilla del servicio militar  | ( ) |
| Credencial para votar  | ( ) | Pasaporte  | ( ) | Cédula de identidad personal  | ( ) |
| Documento Expedido por la Delegación o Municipio  | ( ) | Documento migratorio  | ( ) | Tarjeta de residencia  | ( ) |
| **DOCUMENTO QUE ACREDITA LA PERSONALIDAD**  |
| Copia certificada del poder notarial para actos de dominio  | ( ) | Copia certificada del poder notarial especial  | ( ) | Acta de nacimiento | ( ) |
| Copia certificada de la resolución judicial que acredite la tutela | ( ) | Copia certificada del acta de tutela  | ( ) |  |  |
| **VIII. OBSERVACIONES (40)** |
| 1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil siguiente a aquel en que haya recibido la solicitud ante la Unidad Receptora de Prestaciones Económicas. Tratándose de Unidades Receptoras que se encuentren a una distancia mayor a cuarenta kilómetros de la Subdelegación de adscripción competente para resolver el trámite, el plazo para la resolución se computará a partir del segundo día hábil siguiente en que se haya recibido la solicitud, y se adicionará un día más por cada cuarenta kilómetros de distancia.2. Se podrá desistir de continuar con este trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución.3. El Solicitante deberá acudir a la Unidad Receptora donde inició su trámite, en la fecha que se le indica (determinación máxima 8 días), a efecto de darle aviso de la procedencia de la solicitud y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, según corresponda. Su cita es el próximo\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_, en un horario de \_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_hrs.4. Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.5. 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 01-800-386-24-66 en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23. |
| Firma otra persona a su ruego: **(41)** | SI ( ) | NO ( ) |
|  Nombre completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(42)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(43)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. o Clave\_\_\_\_\_\_\_\_**(44)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(45)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **(46)**Firma o huella digital del Solicitante |
| Elaboró**(49)**Matrícula, Nombre y Firma | **(50)**Lugar, Fecha y Sello | Pago IMSS | Pago Aseguradora |
|  |  | **(47)** |  |  | **(48)** |
| Autorizó | Revisó |
| **(51)** |
| Matrícula, Nombre, Firma y Cargo |

**AVISO DE PRIVACIDAD**

**El Instituto Mexicano del Seguro Social,** a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quienes el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para ***verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de “Solicitud de modificación de pensión”, en todas sus modalidades***. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Forma: | Solicitud de Modificación de Pensión.  |
| Objetivo: | Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite de solicitud de modificación de pensiones: Finiquito, Hechos que inciden en el cálculo o en el monto de pago de la misma y Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión. |
| Elaborado por: | Servicio de Prestaciones Económicas y/o 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 corresponda. |
| Número de Tantos: | Original y 2 copias.  |
| Distribución: | Original: Expediente de pensión.1a. Copia: Afiliación y Vigencia de Derechos.2a. Copia: Solicitante.  |
| **No.** | **DATO** | **ANOTAR** |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación.  |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | Unidad Receptora:  | Nombre de la Unidad Receptora.  |
| 4 | Folio: | Número consecutivo asignado a la solicitud. |
| 5 | Tipo de Modificación de Pensión: | Una “X” en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados. |
| I. DATOS DEL PENSIONADO. |
| 6 | Nombre del Pensionado: | Nombre completo del Pensionado, empezando por apellido paterno materno y nombre. |
| 7 | No. de Seguridad Social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 8 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE. |
| 9 | Nombre del Solicitante: | Nombre completo del Pensionado, empezando por apellido paterno, apellido materno y nombre. |
| 10 | Domicilio: | Nombre de la Calle y Número Int. Ext., de acuerdo con los datos consignados. |
| 11 | Colonia: | Nombre de la Colonia, de acuerdo con los datos consignados. |
| 12 | Código Postal: | Número del Código Postal, de acuerdo a los datos consignados. |
| 13 | Ciudad o Entidad: | Nombre de la Ciudad o Entidad, de acuerdo a los datos consignados. |
| 14 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). |
| 15 | Correo Electrónico: | Correo electrónico del solicitante, en su caso. |

|  |
| --- |
| III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL. |
| 16 | Nombre del representante legal:  | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre. |
| 17 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| 18 | Identificación: | Documento con el que acredite su persona. |
| 19 | Teléfono: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir la pensión (no celular). |
| 20 | Personalidad Jurídica: | Aquella que ostenta el representante legal que realiza el trámite. |
| 21 | Número del Poder, Fecha y Lugar de Expedición: | Número del poder, fecha de emisión y lugar de expedición. |
| IV. DATOS DE LA PENSIÓN |
| 22 | Régimen:  | Régimen de la Ley del Seguro Social en el que se otorgó la pensión al asegurado o a sus beneficiarios. Deberá anotar el tipo de Régimen que corresponde al trámite solicitado.  |
| 23 | Rama:  | Clave y Nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste. |
| 24 | Tipo de Pensión: | Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario.  |
| 25 | Grupo Familiar:  | Número del Grupo Familiar al que va dirigido el trámite solicitado.  |
| V. DATOS PARA EL TRÁMITE SOLICITADO. |
| 26 | En caso de finiquito:  | Una “X” en el casillero que señale el tipo de trámite solicitado de acuerdo con los datos consignados. |
| 27 | Finiquito por contraer nupcias y fecha de matrimonio: | Una “X” en el casillero si el trámite solicitado es finiquito por contraer nuevas nupcias.Con número arábigo día y año, con letra el mes de la fecha del nuevo matrimonio. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).  |
| 28 | En caso de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago de la misma: | Una “X” en el casillero si el trámite solicitado es por modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 29 | Motivo:  | Una “X” en el casillero del motivo que de origen a su solicitud de modificación de pensión por hechos que inciden en el cálculo del monto del pago: |
| * Semanas de cotización.
* Fecha de inicio del Estado de Invalidez o de la Incapacidad Permanente para el Trabajo.
* Inexistencia del Estado de Invalidez.
* Calificación del Riesgo de Trabajo.
* Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión.
 | * Porcentaje de Valuación Médica.
* Salario Base de Cotización.
* Errores Aritméticos o Informáticos.
* Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social (Régimen del Seguro Social 1973/1997)
 |
| 30 | En caso de Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión:  | Una “X” en el casillero si el trámite solicitado es por Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión. |
| 31 | Nuevo Asignatario: | Una “X” en el casillero del motivo que dio origen a su solicitud de Nuevo Asignatario. |
| * Esposa o Concubina.
* Hijo Menor de 16 años
* Ascendientes Padre / Madre
 | * Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante
* Hijo mayor de 16 años incapacitado
 |
| 32 | Beneficiario de Pensión de Orfandad: | Una “X” en el casillero del motivo que dio origen a su solicitud de Beneficiario de Pensión de Orfandad.* Hijo menor de 16 años
* Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante
* Hijo mayor de 16 años incapacitado
 |
| 33 | Manifiesto que el(los) beneficiario(s) hijo(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s): | Poner el nombre y clave de la Institución Educativa en la que está inscrito el alumno perteneciente al Sistema Educativo Nacional.Llenar con los datos de la constancia de estudios:* Ciclo escolar.
* Año escolar.
* Periodo de vigencia (incluyendo vacaciones escolares administrativas).
* Lugar y fecha en que se expide la constancia.
 |
| 34 | Nombre de la institución bancaria | Banco al que pertenece la cuenta en la que se realizará el pago de la mensualidad de pensión. |
| 35 | Número de cuenta CLABE | Clave Bancaria Estandarizada de la cuenta del pensionado, constituida por 18 dígitos. |
| 36 | Acreditamiento a partir del mes de | Mes en el cual se iniciarán los depósitos en la nueva cuenta bancaria proporcionada. |
| 37 |  Datos del Beneficiario o Asignatario Familiar: | * Asentar el Apellido Paterno del beneficiario o asignatario familiar
* Asentar el Apellido Materno del beneficiario o asignatario familiar
* Asentar el Nombre del beneficiario o asignatario familiar
* Asentar la Fecha de Nacimiento con número arábigo día, mes y año. Anotando primero el día, luego el mes y por último el año (dd/mm/aaaa).
* Asentar el Parentesco, Vínculo familiar que existe (existió) entre el asegurado y beneficiario(s) que comprueben su derecho al pago de la prestación.
* Asentar el sexo al cual se pertenece, “M” para masculino y “F” para femenino.
* Asentar CURP, Clave Única de Registro de Población.
 |

|  |
| --- |
| VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS. |
| 38 | Documentos Adjuntos:  | Una “X”, en el casillero que corresponda a los documentos entregados como documentos adjuntos.  |
| VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL. |
| 39 | Documentos Adjuntos en caso de Representante Legal: | Una “X”, en el casillero que corresponda a los documentos entregados para el caso de existir un Representante Legal del trámite respectivo. |
| VIII. OBSERVACIONES. |
| 40 | Observaciones:  | Información adicional de conformidad al trámite.  |
| 41 | Firma otra persona a su ruego:  | Una “X” en el casillero de conformidad a lo que manifieste el solicitante. |
| 42 | Nombre completo: | Nombre completo del solicitante, empezando por apellido paterno, materno y nombre. |
| 43 | Identificación:  | Documento con el que acredite su persona. |
| 44 | Número o Clave: | Número o Clave del documento con el cual acredito su persona. |
| 45 | Domicilio: | Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad; ubicación del domicilio de la persona que firma a su ruego. |
| 46 | Firma o huella digital 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. |
| 47 | Pago IMSS: | Una “X” en el casillero que señale la forma de pago. |
| 48 | Pago Aseguradora:  | Una “X” en el casillero que señale la forma de pago. |
| 49 | Elaboró:Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de pensión y documentos probatorios en la Unidad Receptora. |
| 50 | Lugar, Fecha y Sello: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, así como fecha de elaboración (día, mes y año) y sello de la dependencia, la fecha deberá coincidir. |
| 51 | Matrícula, Nombre, Firma y Cargo:  | Matrícula, Apellido paterno, materno y nombre (s), firma del funcionario público quien autorizó o revisó el trámite, así como el cargo.  |