|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITUD PARA EL PAGO DE MENSUALIDADES NO COBRADAS O RECLAMO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A LA PENSIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Delegación | | **(1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FOLIO NO. **(4)** | | | | |
| Subdelegación | | **(2)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Unidad Receptora | | **(3)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. DATOS DEL PENSIONADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(5)** | | | | | | | | | | | |  | **(5)** | | | | | | | | | | | |  | | **(5)** | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | | | | | | | | | | |  | Apellido Materno | | | | | | | | | | | |  | | Nombre (s) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |
| **(6)** | | | | | | | | | | | |  | **(7)** | | | | | | | | | | | |  | | **(8)** | | | | | | | | |
| Número de Seguridad Social | | | | | | | | | | | |  | C.U.R.P. | | | | | | | | | | | |  | | R.F.C. con Homoclave | | | | | | | | |
| **II. DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(9)** | | | | | | | | | | | |  | **(9)** | | | | | | | | | | | |  | | **(9)** | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | | | | | | | | | | |  | Apellido Materno | | | | | | | | | | | |  | | Nombre (s) | | | | | | | | |
| **(10)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **(10)** | | | | | | | | |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Colonia | | | | | | | | |
| **(10)** | | | |  | **(10)** | | | | | | | | | |  | | **(11)** | | | | | | | | | | |  | **(11)** | | | | | | |
| C.P. | | | |  | Ciudad o Entidad | | | | | | | | | |  | | Teléfono | | | | | | | | | | |  | Correo Electrónico | | | | | | |
| **III. DATOS DE LA PENSIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(12)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | **(13)** | | | | | | | | | | | | |
| Régimen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Rama | | | | | | | | | | | | |
| **(14)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | **(15)** | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Pensión | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Grupo Familiar | | | | | | | | | | | | |
| **IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se solicita el pago de mensualidades o diferencias: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Por el pensionado | | | | | | | | ( ) | | | **(16)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado | | | | | | | | ( ) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correspondiente(s) al(los) mes(es) de: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | **(17)** | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | del año | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por los siguientes motivos: | | | **(18)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (19)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DEL PENSIONADO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **DEL HIJO MENOR DE DIECISÉIS AÑOS:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación Oficial | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Copia certificada del Acta de Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| Documento con NSS | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | **HIJOS MAYORES DE DIECISÉIS AÑOS CON INCAPACIDAD DE CINCUENTA POR CIENTO O MÁS:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| R.F.C. | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Copia certificada del Acta de Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| Copia certificada del Acta de Defunción | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Dictamen ST-6 | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| **DEL SOLICITANTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **ASCENDIENTES QUE DEPENDÍAN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO:** | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Identificación Oficial | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Copia certificada del Acta de Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| Comprobante de Domicilio | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Copia certificada de resolución judicial que acredite la dependencia económica | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| C.U.R.P. | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | **CONCUBINA:** | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| Manifestación por escrito del(los) solicitante(s) del pago de las mensualidades no cobradas en vida por el pensionado, a través de la cual exprese(n), bajo protesta de decir verdad, que las personas que suscriben dicha manifestación son las que prevé el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo mismas que se vinculan con el pensionado fallecido. | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Copia certificada de la resolución judicial que acredite la relación del concubinato | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| **DE LA VIUDA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **LAS PERSONAS QUE DEPENDÍAN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO:** | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Copia certificada del Acta de Matrimonio | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Copia certificada de resolución judicial que acredite la dependencia económica | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| **DEL VIUDO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:** | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Copia certificada del Acta de Matrimonio | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Identificación Oficial | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| Copia certificada de resolución judicial que acredite la dependencia económica | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Documento que acredite la personalidad que ostente | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| Dictamen ST-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | Otros (describir) | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| **VI. OBSERVACIONES (20)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. 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 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **( 21)**  Firma o huella digital del Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró  **(22)**  Matrícula, Nombre y Firma | | | | | | | | | | | | | | **(23)**  Lugar, Fecha y Sello | | | | | | | | | | | | Autorizó  **(24)**  Matrícula, Nombre, Firma y Cargo | | | | | | | | | |
| Documento para uso exclusivo del IMSS. | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

**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 para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la 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 para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión |
| Objetivo: | | Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para el pago de mensualidades no cobradas o reclamo de diferencias relativas a la pensión. |
| Elaborado por: | | Servicio de Prestaciones Económicas. |
| Número de tantos: | | Original y dos tantos. |
| Distribución: | | Original: Expediente de pensión.  Copia: Solicitante. |
| **No.** | **DATO** | **ANOTAR** |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | Unidad Receptora: | Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (U.M.F.). |
| 4 | Folio: | Número progresivo asignado a la solicitud. |
| I. DATOS DEL PENSIONADO | | |
| 5 | Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del pensionado. |
| 6 | No. de Seguridad Social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 7 | C.U.R.P.: | Clave Única de Registro de Población. |
| 8 | R.F.C. con Homoclave: | Registro Federal de Contribuyentes, con homoclave del asegurado a trece posiciones, asignada al ciudadano por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE | | |
| 9 | Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante. |
| 10 | Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad: | Ubicación del domicilio del solicitante. |
| 11 | Teléfono y Correo Electrónico : | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante de la ciudad donde se presente a suscribir (no celular), así como correo electrónico, en su caso. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| III. DATOS DE LA PENSIÓN  (Datos que deberán ser llenados por el Departamento de Pensiones Subdelegacional) | | |
| 12 | Régimen: | Clave del 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. |
| 13 | Rama: | Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste. |
| 14 | Tipo de Pensión: | Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario. |
| 15 | Grupo Familiar: | Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado. |
| IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO | | |
| 16 | Se solicita el pago de mensualidades o diferencias: | Marcar con una “X” en el casillero que señala la persona que realiza la solicitud.  a) Por el pensionado  b) Por terceros, en caso de fallecimiento del pensionado |
| 17 | Correspondiente(s) al (los) mes(es) de: | El mes de la fecha de las mensualidades no cobradas o reclamos de diferencias relativas a la pensión. Anotando el mes y por último el año. |
| 18 | …por los siguientes motivos: | Los motivos por los cuales desea hacer el reclamo para pago de mensualidades no cobradas o diferencias relativas a la pensión. |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS | | |
| 19 | Documentos adjuntos: | Una “X” en el o los casillero(s) que señale(n) el (los) documento(s) entregado(s) por el solicitante, que sustenta(n) el (los) trámite(s) de la prestación.  Cuando marque otros deberá describir con claridad y precisión en el campo de OBSERVACIONES, el nombre del (de los) documento(s) que entrega el solicitante para comprobar sus derechos. |
| VI. OBSERVACIONES | | |
| 20 | Observaciones: | Información adicional de conformidad al trámite. |
| 21 | Firma o Huella del Solicitante: | La firma o en su caso, impresión de la huella digital del solicitante, deberá estamparse en el espacio respectivo de la solicitud, en presencia del personal de los servicios de Prestaciones Económicas, la cual constará de conformidad por el interesado. |
| 22 | Elaboró:  Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del responsable de la recepción de la solicitud y documentos probatorios y sello del Servicio de la Unidad Receptora. |
| 23 | Lugar, Fecha y Sello: | Nombre de la ciudad o municipio donde se requisita la solicitud, día, mes y año de solicitud y suscripción y sello del servicio. |
| 24 | Autorizó:  Matrícula, Nombre, Firma y Cargo: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s), firma del funcionario público quien autorizó el trámite, así como el cargo. |