|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITUD PARA PRÉSTAMO A CUENTA DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN**  **DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL 1973** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Delegación | **(1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Subdelegación | **(2)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FOLIO NO. **(4)** | |
| Unidad Receptora | **(3)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. DATOS DEL PENSIONADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(5)** | | | | | |  | | **(5)** | | | | | | | | | |  | **(5)** | | | | | |
| Apellido Paterno | | | | | |  | | Apellido Materno | | | | | | | | | |  | Nombre (s) | | | | | |
| **(6)** | | | | | | | | | | |  | | | | | **(7)** | | | | | | | | |
| Número de Seguridad Social | | | | | | | | | | |  | | | | | C.U.R.P. | | | | | | | | |
| **II. DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | **(8)** | | | | | | | | | |  |  | | | | | |
| Apellido Paterno | | | | | |  | | Apellido Materno | | | | | | | | | |  | Nombre (s) | | | | | |
| (9) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | (9) | | | | | |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Colonia | | | | | |
| **(9)** | |  | | **(9)** | | | | | |  | | **(10)** | | | | | | | | |  | **(10)** | | |
| C.P. | |  | | Ciudad o Entidad | | | | | |  | | Teléfono | | | | | | | | |  | Correo Electrónico | | |
| **III. DATOS DE LA PENSIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(11)** | | | | | | | | | | | | |  | | **(12)** | | | | | | | | | |
| Régimen | | | | | | | | | | | | |  | | Rama | | | | | | | | | |
| **(13)** | | | | | | | | | | | | |  | | **(14)** | | | | | | | | | |
| Tipo de Pensión | | | | | | | | | | | | |  | | Grupo Familiar | | | | | | | | | |
| **IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicito me sea concedido un préstamo a cuenta de la pensión que actualmente disfruto bajo el Régimen de la Ley del Seguro Social 1973, estando conforme en que de ser favorecido con dicho préstamo, el mismo sea descontado de mi pensión en mensualidades, por un plazo no mayor de 12 meses. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL PENSIONADO (15)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación Oficial | | | | | | | | |  | ( ) | | | | Otros (Describir) | | | | | | | | | | ( ) |
| Documento con NSS | | | | | | | | |  | ( ) | | | |  | | | | | | | | | |  |
| **VI. OBSERVACIONES (16)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. De proceder el préstamo a cuenta de pensión, será incluido en la mensualidad de pago de pensión.  3. Los pensionados por Invalidez (definitiva), Riesgos de Trabajo (definitivo), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada, Vejez, Viudez, Orfandad o Ascendientes del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973, podrán solicitar préstamo a cuenta de pensión ante el Instituto, cuyo plazo para el pago no podrá exceder de un año, siempre y cuando la cuantía de la pensión no se reduzca a una cantidad inferior a los mínimos establecidos por la Ley del Seguro Social. No se otorgarán préstamos a cuenta de pensión a los titulares de las pensiones alimenticias, por Incapacidad Permanente (provisional) e Invalidez (temporal).  4. 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **( 17)**  Firma o huella digital del Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró  **(18)**  Matrícula, Nombre y Firma | | | | | | | **(19)**  Lugar, Fecha y Sello | | | | | | | | | | | | | Autorizó  **(20)**  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 préstamo a cuenta de pensión del régimen de la Ley del Seguro Social 1973”, 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 préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973. |
| Objetivo: | | Registrar datos del interesado (solicitante) y controlar el trámite para préstamo a cuenta de pensión del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973. |
| 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. |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE | | |
| 8 | Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante. |
| 9 | Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad: | Ubicación del domicilio del solicitante. |
| 10 | 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) | | |
| 11 | 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. |
| 12 | Rama: | Clave y nombre de la rama de aseguramiento en la que se otorgó la pensión del asegurado o de los beneficiarios de éste. |
| 13 | Tipo de Pensión: | Nombre de la pensión otorgada al asegurado o beneficiario. |
| 14 | Grupo Familiar: | Número del grupo familiar al que va dirigido el trámite solicitado. |
| IV. DATOS DEL TRÁMITE SOLICITADO | | |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL PENSIONADO | | |
| 15 | Documentos adjuntos: | Una “X” 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. |
| VI. OBSERVACIONES | | |
| 16 | Observaciones: | Información adicional de conformidad al trámite. |
| 17 | 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. |
| 18 | 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. |
| 19 | 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. |
| 20 | 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. |