|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** |  |
|  |  |
| **SOLICITUD DE CELEBRACIÓN DE CONVENIO DE PAGO INDIRECTO Y REEMBOLSO DE SUBSIDIOS** |
| Delegación **(1)** |  |
| Subdelegación **(2)** |  |
| U.M.F. Tramitadora y de Control **(3)** |  |
|  |
| **I. DATOS DE LA EMPRESA** |
| Nombre de la Empresa**(4)** | Registro Patronal**(4)** | Registro Patronal Único**(5)** |
| Domicilio Fiscal: Calle y Número**(6)** |
| Colonia**(6)** | C.P.**(6)** | Ciudad o Entidad**(6)** |
| No. de la Escritura Pública o Testimonio Notarial o Acta Constitutiva de la Empresa:**(7)** | Volumen**(8)** | A la Escritura de**(9)** |
| Suscrita**(10)** | No. de Notario Público**(11)** | Nombre del Notario Público**(12)** |
| Lugar de Ubicación del Notario Público**(13)** |
| **II. DATOS DEL PATRÓN Y/O REPRESENTANTE LEGAL** |
| Apellido Paterno**(14)** | Apellido Materno**(14)** | Nombre (s)**(14)** |
| Cargo**(15)** |
|  |
| **III. DECLARACIONES** |
| Bajo protesta de decir la verdad ante ese Instituto, respetuosamente expongo:Que vengo a solicitar se autorice a la empresa para:A) Hacer pagos por subsidios de incapacidades derivadas de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad que sean concedidas por ese Instituto en favor de nuestros trabajadores asegurados.B) Para recoger cheques y/o facturas que contengan la descripción de las incapacidades otorgadas a favor de nuestros trabajadores o de ser el caso, el importe se aplicará como reembolso en el número de cuenta proporcionado por la empresa, a la cual el Instituto deberá depositar el pago de subsidios.C) Para firmar y cobrar en su caso, en ese Instituto, los documentos que sean expedidos por cualquiera de los conceptos mencionados o por pago de diferencias en favor de los asegurados.D) Por su parte, \_\_\_\_\_ **(16)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se obliga a :1. Hacerse responsable de cualquier reclamación que haga el asegurado contra el Instituto en relación con subsidios pagados de acuerdo con esta autorización, siempre que resulte fundada.2. Al pagar las incapacidades de su trabajador asegurado, tendrá que recoger de éste un comprobante de dicho pago y lo conservará en su poder y a disposición del Instituto para cualquier reclamación relacionada con el mismo.Esta solicitud se realiza en virtud de pagar la empresa el subsidio correspondiente a sus empleados cuando ese Instituto les expida Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo.  |
|   |
| IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD (17) |
| Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo | ( ) | Escrito señalando registro patronal, domicilio y número de trabajadores relacionados con dicho registro | ( ) |
| Original y copia simple del testimonio Notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral, para cotejo  |  ( ) | Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria)  | ( ) |
| Copia certificada del Poder Notarial | ( ) | Original y copia de carta de acreditamiento de las personas autorizadas para recibir factura y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios  | ( ) |
| Copia de última liquidación de cuotas obrero - patronales  | ( ) | Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical, o de no existir ésta, escrito de los trabajadores expresando su consentimiento señalando nombre y número de seguridad social | ( ) |
| Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto a la dirigencia de la organización sindical, en su caso  | ( ) |  |
|  |
|   |
| Entregó:**(18)** | **(19)** | Recibió:**(20)** |
| Nombre y Firma del Patrón o Representante Legal | Lugar, Fecha y Sello de la Empresa | Matrícula, Nombre, Firma y Sello |
| 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 de celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios”, 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 celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios. |
| Objetivo: | Registrar y controlar antecedentes de la empresa que solicita celebración de Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios. |
| Elaborado por: | Patrón o Representante Legal de la Empresa. |
| Número de Tantos: | Original y copia. |
| Distribución: | Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control.Copia: para la Empresa |
| **No.** | **DATO** | **ANOTAR** |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | U.M.F. Tramitadora y de Control: | Nombre y número de la U.M.F. Tramitadora y de Control. |
| I. DATOS DE LA EMPRESA |
| 4 | Nombre de la empresa:Registro patronal: | Nombre o razón social de la Empresa que solicita la celebración del convenio.Número de registro patronal asignado a la empresa por el Instituto (de contar la empresa con varios registros patronales, anexar relación, indicando entidad y municipio de influencia de cada registro patronal). |
| 5 | Registro Patronal Único: | Número de registro patronal único, asignado a la empresa por el Instituto. |
| 6 | Domicilio fiscal: calle y número, colonia, C.P., ciudad o entidad | Ubicación del domicilio de la empresa solicitante. |
| 7 | No. de la escritura pública o testimonio notarial o acta constitutiva de la empresa: | No. de la Escritura pública o Testimonio notarial o Acta constitutiva de la empresa. |
| 8 | Volumen: | Número de volumen del libro en el que esté registrada el acta. |
| 9 | A la escritura de: | Tipo de la escritura que acredita la personalidad de quien celebra el convenio. |
| 10 | Suscrita: | Fecha de celebración de los hechos ante el C. notario público. |
| 11 | No. de notario público: | Número de notario público que dio fe del hecho. |
| 12 | Nombre del notario público: | Nombre completo del notario público que dio fe del hecho. |
| 13 | Lugar de ubicación del notario público: | Ubicación del domicilio del notario público calle, número interior o exterior, colonia, C.P., ciudad o entidad. |
| II. DATOS DEL PATRÓN Y/O REPRESENTANTE LEGAL |
| 14 | Apellido paterno, materno y nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del patrón o representante legal de la empresa. |
| 15 | Cargo: | Cargo del patrón o representante legal de la empresa. |
| III. DECLARACIONES |
| 16 | Por su parte, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se obliga a: | Nombre de la empresa. |
| IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA AL FORMATO DE SOLICITUD |
| 17 | Documentación anexa al formato de solicitud:  | Una “X” para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.Copia simple de la Identificación oficial, para cotejo: ( )Original y copia simple del testimonio Notarial por el que se acredita la constitución de la persona moral, para cotejo: ( )Copia certificada del Poder Notarial: ( )Copia de última liquidación de cuotas obrero – patronales: ( )Copia certificada de la Toma de Nota realizada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, respecto a la dirigencia de la organización sindical, en su caso: ( )Escrito señalando registro patronal, domicilio y número de trabajadores relacionados con dicho registro: ( )Solicitud de Acreditamiento en Cuenta (Notificación de número de cuenta de cheques e Institución Bancaria): ( )Original y copia de carta de acreditamiento de las personas autorizadas para recibir factura y cheques, así como para realizar aclaraciones de reembolso de subsidios: ( )Consentimiento por escrito de la dirigencia de la organización sindical, o de no existir ésta, escrito de los trabajadores expresando su consentimiento señalando nombre y número de seguridad social: ( )  |
| 18 | Entregó:Nombre y Firma del Patrón oRepresentante Legal:  | Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del patrón o representante legal de la empresa. |
| 19 | Lugar, Fecha y Sello de la Empresa: | Ciudad o entidad y día mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del servicio, en caso de contar con él. |
| 20 | Recibió:Matrícula, Nombre, Firma y Sello: | Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de recepción de la solicitud y sello del servicio de prestaciones económicas. |