|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITUD DE ALTA, MODIFICACIÓN O BAJA DEL REGISTRO**  **DE PAGO DE SUBSIDIOS EN CUENTA BANCARIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Delegación **(1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de emisión | | | |
| Subdelegación **(2)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| U.M.F. Tramitadora y de Control **(3)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Folio | | | |
| **I. TIPO DE TRÁMITE (4)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En línea ( ) | | | | | | | | | | | Ventanilla ( ) | | | | | | | | | | | | | | |
| Alta ( ) | | | | Baja ( ) | | | | | | | | | | Modificación ( ) | | | | | | | | | | | |
| **II. DATOS PERSONALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo:  **(5)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de Seguridad Social:  **(6)** | | | | CURP:  **(7)** | | | | | | | | | | Institución bancaria:  **(8)** | | | | | | | | | | | |
| Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):  **(9)** | | | | Tipo de identificación:  **(10)** | | | | | | | | | | Firma Electrónica Avanzada (FIEL o e.firma):  **(11)** | | | | | | | | | | | |
| **III. DATOS DE CONTACTO ALTA O MODIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico:  **(12)** | | | | Teléfono fijo:  **(13)** | | | | | | | | | | Teléfono celular:  **(14)** | | | | | | | | | | | |
| **IV. DATOS MODIFICADOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Institución bancaria:  **(8)** | | | | | | | | | | | Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE):  **(9)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **V. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO (15)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de identificación **(10)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | ( ) | | | |  | | | | | | |  | |
| Documento migratorio | | ( ) | | | Tarjeta de residencia | | | | | | | | ( ) | | | |  | | | | | | |  | |
| Documento con NSS **(6)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMSS | | | ( ) | | INFONAVIT | | | | | | | | ( ) | | | | AFORE | | | | | | | | ( ) |
| Estado de cuenta bancaria con cuenta (CLABE) **(8, 9)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) |
| **VI. VALIDACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró  **(16)**  Matrícula, nombre y firma | | | | | **(17)**  Lugar, Fecha y Sello | | | | | | | | | | | | **(18)**  Firma o huella digital del Solicitante | | | | | | | | |
| 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 registro de pago de subsidios en cuenta bancaria”***. 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la forma: | | **Solicitud de alta, modificación o baja del registro de pago de subsidios en cuenta bancaria** |
| Objetivo: | | Registrar datos del asegurado solicitante para que el pago de los subsidios a que tenga derecho a recibir, se realice a través del depósito en su cuenta bancaria. |
| Elaborado por: | | Asegurado |
| Número de tantos: | | Original y copia |
| Distribución: | | Original: para la U.M.F. Tramitadora y de Control  Copia: para la o el asegurado |
| **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. TIPO DE TRÁMITE | | |
| 4 | Identificación del trámite: | Si es motivo de Alta, Baja o modificación. De forma presencial o en línea. |
| II. DATOS PERSONALES | | |
| 5 | Nombre completo: | Apellido paterno, materno y nombre(s) |
| 6 | Número de Seguridad Social: | Número de registro asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social |
| 7 | CURP: | Clave Única de Registro de Población |
| 8 | Institución bancaria: | Nombre de la institución bancaria donde se depositarán los importes del subsidio, o que será dada de baja en su caso. |
| 9 | Cuenta Clave Bancaria Estandarizada (CLABE): | Número de Clave Bancaria Estandarizada asignado por la institución bancaria, o que será dada de baja en su caso. |
| 10 | Tipo de identificación: | Documento con el que acredite su personalidad |
| 11 | Firma Electrónica Avanzada: | Conjunto de datos y caracteres que permite la identificación del firmante, que ha sido creada por medios electrónicos bajo su exclusivo control, de manera que está vinculada únicamente al mismo y a los datos a los que se refiere, lo que permite que sea detectable cualquier modificación ulterior de éstos, la cual produce los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa. |
| III. DATOS DE CONTACTO ALTA, O MODIFICACIÓN | | |
| 12 | Correo electrónico: | Correo electrónico del solicitante |
| 13 | Teléfono fijo: | Número telefónico donde se pueda localizar al solicitante y que sea de la ciudad donde se presente a suscribir el acreditamiento |
| 14 | Teléfono celular: | Número telefónico móvil donde se pueda localizar al solicitante |
| V. DOCUMENTOS ADJUNTOS AL ASEGURADO | | |
| 15 | 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: ( )  Documento que contenga el Número de Seguridad Social: ( )  Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE: ( ) |
| VI. VALIDACIÓN | | |
| 16 | Elaboró:  Matrícula, nombre y firma: | Matrícula, apellidos paterno, materno y nombre(s) y firma del responsable de la recepción de la solicitud de alta, modificación o baja del registro para el pago de subsidios en cuenta bancaria y documentos probatorios en la unidad receptora |
| 17 | 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 |
| 18 | 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 |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Ciudad de México, a 29 de noviembre de 2017.- El Director de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS, **Santiago De Maria Campos Meade**.- Rúbrica.

**(R.- 464553)**