gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de Regularización y/o Corrección de Datos Personales del Asegurado

Homoclave del trámite	Folio
IMSS-02-012	
Fecha de publicación del formato en el DOF	**Fecha de solicitud del trámite**
/ / DD MM AAAA	/ / DD MM AAAA

Este formato consta de 9 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección IX

(*) Datos opcionales

I. Datos generales del asegurado

I.1 Datos del asegurado

1. CURP:
2. RFC:
3. Nombre(s): Sin abreviaturas
4. Primer apellido: Sin abreviaturas
5. Segundo apellido: Sin abreviaturas
6. Sexo: ◯ 1 Hombre ◯ 2 Mujer
7. Fecha de nacimiento: / / DD MM AAAA
8. *UMF:
9. *Escriba el nombre de la AFORE en la que se encuentra registrado:

I.2 Lugar de nacimiento

10. *Localidad:
11. Municipio o Alcaldía:
12. Estado:
13. País:

I.3 Datos del acta de nacimiento

14. Entidad Federativa de Registro:
15. Municipio o Alcaldía:
16. Año de Registro:
17. Número de libro:
18. Número de acta:
19. Número de Foja:
20. Número de tomo:
21. *CRIP:

I.4 Nombre del padre

22. Nombre(s): Sin abreviaturas
23. Primer Apellido: Sin abreviaturas
24. Segundo Apellido: Sin abreviaturas

I.5 Nombre de la madre

25. Nombre (s): Sin abreviaturas
26. Primer Apellido: Sin abreviaturas
27. Segundo Apellido: Sin abreviaturas

I.6 Números de Seguridad Social involucrados en la aclaración

II. Motivo de la aclaración

A) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar ante el IMSS:

- ☐ Cobro de incapacidad
- ☐ Retiro por desempleo
- ☐ Gastos de matrimonio
- ☐ Gastos de funeral
- ☐ Pensión
- ☐ Registro de beneficiarios
- ☐ Cambio de UMF
- ☐ **Autorización permanente para recibir servicios en circunscripción foránea**
- ☐ Adscripción a UMF

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

GOBIERNO DE MÉXICO · CONAMER · IMSS

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx

B) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar en la AFORE:

☐ Registro en la AFORE ☐ Aclaración de saldo de subcuenta de vivienda

C) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar en INFONAVIT:

☐ Obtener un crédito ☐ Conclusión de crédito ☐ Prórroga o reestructura de crédito

☐ Descuento indebido de crédito Señale el número de crédito que le están descontando:

D) Otra:

Especifique: _____

III. Domicilio del asegurado

28. Código postal:	33. *Localidad:
29. Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)	34. Municipio o Alcaldía:
	35. Estado:
30. Número exterior: / 31 Número interior:	36.*Teléfono fijo (lada y número):
32. Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)	37. *Teléfono móvil:
	38. *Correo electrónico:

Este apartado deberá requisitarse por el beneficiario o representante legal que se acredite, en caso de menor de edad, ausencia, enfermedad o fallecimiento del asegurado

IV. Datos del solicitante (Beneficiario o representante legal del asegurado)

IV.1 Datos generales

39. CURP:

40. *RFC:

41. Nombre(s):
Sin abreviaturas

42.Primer apellido:
Sin abreviaturas

43. Segundo apellido:
Sin abreviaturas

44. Sexo: ◯ 1 Hombre ◯ 2 Mujer

45. *Teléfono fijo (lada y número):

46. *Teléfono móvil:

47. *Correo electrónico:

48. Beneficiario:

☐ Esposa ☐ Hijos ☐ Representante Legal

☐ Padres ☐ Concubina / Concubinario

IV.2 Domicilio

49. Código postal:

50. Calle:
(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)

51. Número exterior: / 52. Número interior:

53. Colonia:
(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)

54. *Localidad:

55. Municipio o Alcaldía:

56. Estado:

V. Datos de la historia laboral (iniciando con el patrón que lo inscribió por primera vez)

Nombre del patrón o razón social	Fecha de inscripción	Fecha de baja	Entidad federativa donde laboró
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	
	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	

VI. Datos adicionales de la historia laboral

Número de Registro Patronal	Actividad o giro de la empresa	Domicilio de la empresa

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx

VII. Indicar en el recuadro los documentos probatorios que presenta el asegurado o solicitante en copia simple y original para su cotejo

Para ser llenado por el IMSS

Acta de nacimiento ☐

Identificación oficial

a) Credencial para votar vigente ☐
b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero ☐
c) Cartilla del servicio militar nacional ☐
d) Cédula profesional ☐
e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional) ☐
f) Tarjeta/cédula/carnet de identidad para extranjeros (en caso de extranjeros) ☐
g) Documento migratorio vigente que corresponda, emitido por autoridad competente (en su caso prórroga o refrendo migratorio) ☐

Clave Única de Registro de Población CURP ☐

Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de presentación de la solicitud.

a) Derechos de agua ☐
b) Luz ☐
c) Teléfono (excepto celular) ☐
d) Recibo de Gas ☐
e) Certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente). ☐
No es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante

Documento expedido por el IMSS que contenga el Número de Seguridad Social

a) Avisos Afiliatorios (Forma 2-A, AFIL-02, AFIL-03, AFIL-04, IDSE-03, AFIL-06 y DST-002). ☐
b) Tarjeta de afiliación ☐
c) Certificado de incapacidad ☐
d) Cartilla de citas médicas ☐
e) Credencial ADIMSS ☐
f) Liquidaciones pagadas ☐
g) Comprobantes de pago ☐
h) Carta de renuncia o finiquito ☐
i) Comprobantes SAR-03, SAR-04 o estado de cuenta de la AFORE ☐
j) Otros ☐

En caso de que el asegurado autorice que el trámite lo realice un tercero, éste deberá presentar además de los documentos señalados en los puntos del 1 al 5:

- Poder notarial que lo acredite ☐
- Identificación oficial ☐

En caso de fallecimiento:

- Acta de defunción del asegurado en copia simple y original para su cotejo: ☐

Tratándose de:

- Esposa: Acta de matrimonio e identificación oficial ☐
- Hijos: Acta de nacimiento e identificación oficial. ☐
- Padres: Identificación oficial ☐
- Concubina / Concubinario: Constancia testimonial con que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente e Identificación oficial. ☐

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

VIII. Observaciones

Los datos personales recabados serán protegidos, tratados e incorporados en el sistema de datos personales denominado Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) con fundamento en el Artículo: 22 de la Ley del Seguro Social, 13 fracción IV y V, 18, 19, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, cuya finalidad es proteger, contener, ordenar y clasificar los datos de los patrones y asegurados. El Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) está registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.inai.org.mx), y serán transmitidos, al INFONAVIT y a la CONSAR con la finalidad de que el asegurado haga valer su derecho de ejercicio de crédito de vivienda y disposición del Seguro de Retiro, además de otras prestaciones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón o del asegurado, en su caso. Lo anterior se informa en cumplimiento del decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Firma del asegurado o solicitante

Huella digital

Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos y cada uno de los datos asentados son ciertos y en caso de falsedad seré acreedor a las sanciones previstas en los ordenamientos legales.

Nombre y firma del empleado IMSS

Matrícula

Exclusivo IMSS

Fecha y hora de recepción:

Sello IMSS

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Comprobante de solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado

Folio

Fecha de solicitud del trámite
/ /   DD MM AAAA

Usted deberá recoger la respuesta de su trámite una vez transcurridos: _____ días hábiles contados a partir de la fecha de su solicitud; en caso contrario se procederá a cancelar su trámite.

Exclusivo IMSS
Fecha y hora de recepción:
Sello IMSS

Los datos personales recabados serán protegidos, tratados e incorporados en el sistema de datos personales denominado Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) con fundamento en el Artículo: 22 de la Ley del Seguro Social, 13 fracción IV y V, 18, 19, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, cuya finalidad es proteger, contener, ordenar y clasificar los datos de los patrones y asegurados, El Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) está registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.inai.org.mx), y serán transmitidos, al INFONAVIT y a la CONSAR con la finalidad de que el asegurado haga valer su derecho de ejercicio de crédito de vivienda y disposición del Seguro de Retiro, además de otras prestaciones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón o del asegurado, en su caso. Lo anterior se informa en cumplimiento del decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx

IX. Instructivo de llenado

No.	Dato	Anotar
I.-	Datos generales del asegurado	
I.1	Datos del asegurado	
1.-	CURP:	Clave Única de Registro de Población. Secuencia alfanumérica de 18 caracteres.
2.-	RFC:	Registro Federal de Contribuyentes proporcionado por el SAT. (*Opcional).
3.-	Nombre(s):	Nombre completo del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
4.-	Primer apellido:	Primer apellido del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
5.-	Segundo apellido:	Segundo apellido del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
6.-	Sexo:	Marcar con X el género que corresponda.
7.-	Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento del asegurado conforme a la registrada en el acta de nacimiento.
8.-	UMF:	Unidad de Medicina Familiar de Adscripción. (*Opcional).
9.-	AFORE:	Escriba el nombre de la AFORE en la que se encuentra registrado (*Opcional).
I.2	Lugar de nacimiento	
10.-	Localidad:	Nombre de la localidad de nacimiento, en caso de ser extranjero no aplica (*Opcional).
11.-	Municipio o Delegación:	Municipio o Delegación de nacimiento del asegurado (En caso de ser extranjero no aplica).
12.-	Estado o Distrito Federal:	Estado de la República Mexicana en donde ocurre, se inscribe o levanta el acta de nacimiento.
13.-	País:	País de nacimiento.
I.3	Datos de acta de nacimiento	
14.-	Entidad federativa de registro:	Entidad federativa de registro del acta de nacimiento.
15.-	Municipio o Delegación:	División política territorial mexicana de las Entidades Federativas en donde se inscribe o se levanta el Acta de Nacimiento.
16.-	Año de registro	Año de registro del acta de nacimiento.
17.-	Número de libro:	Número de libro del acta de nacimiento.
18.-	Número de acta:	Número de acta de nacimiento.
19.-	Número de foja:	Número de foja del acta de nacimiento.
20.-	Número de tomo:	Número de tomo del acta de nacimiento.
21.-	CRIP:	Clave de Registro e Identidad Personal. Secuencia alfanumérica de 15 caracteres que asigna el Registro Civil en el Acta de nacimiento como elemento de localización (*Opcional).
I.4	Nombre del padre	
22.-	Nombre(s):	Nombre(s) del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
23.-	Primer apellido:	Primer apellido del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
24.-	Segundo apellido:	Segundo apellido del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
I.5	Nombre de la madre	
25.-	Nombre(s):	Nombre(s) de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
26.-	Primer apellido:	Primer apellido de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
27.-	Segundo apellido:	Segundo apellido de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
I.6	N.S.S. involucrados:	Anotar los número(s) de seguridad social involucrados.

Nota: En este grupo de datos, deberá requisitar al menos uno.

II.- Motivo de la aclaración

A) Señale con una X el trámite a realizar ante el IMSS	Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante el IMSS.
B) Señale con una X el trámite a realizar en la AFORE	Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante la AFORE.
C) Señale con una X el trámite a realizar en el INFONAVIT	Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante el INFONAVIT.
D) Otro	Anotar y especificar cualquier otro motivo de aclaración.

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx

No.	Dato	Anotar
III.-	Domicilio del asegurado	
28.-	Código postal:	Código postal del domicilio del asegurado.
29.-	Calle:	Nombre de la vialidad que indica el comprobante de domicilio .
30.-	Número exterior:	Número exterior del domicilio del asegurado.
31.-	Número interior:	Número interior del domicilio del asegurado.
32.-	Colonia:	Nombre de la colonia del domicilio del asegurado.
33.-	Localidad:	Nombre de la localidad (*Opcional).
34.-	Municipio o Delegación:	Municipio o Delegación del domicilio del asegurado.
35.-	Estado o Distrito Federal:	Estado o Distrito federal del domicilio del asegurado.
36.-	Teléfono fijo:	Teléfono fijo a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia (*Opcional).
37.-	Teléfono móvil:	Número móvil (*Opcional).
38.-	Correo electrónico:	Dirección de correo electrónico del asegurado (*Opcional).

Este apartado deberá requisitarse en caso de ausencia, enfermedad o fallecimiento del asegurado, por el beneficiario o representante legal que se acredite.

IV. Datos del solicitante (Beneficiario o representante legal del asegurado).

IV.1 Datos generales

39.-	CURP:	Clave Única de Registro de Población. Secuencia alfanumérica de 18 caracteres.
40.-	RFC:	Registro Federal de Contribuyentes proporcionado por el SAT (*Opcional).
41.-	Nombre(s):	Nombre completo del solicitante conforme al registrado en el acta de nacimiento.
42.-	Primer apellido:	Primer apellido del solicitante conforme al registrado en el acta de nacimiento.
43-	Segundo apellido:	Segundo apellido del solicitante conforme al registrado en el acta de nacimiento.
44.-	Sexo:	Marcar con X el sexo que corresponda.
45.-	Teléfono fijo:	Teléfono fijo a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia (*Opcional).
46.-	Teléfono móvil:	Número móvil (*Opcional).
47.-	Correo electrónico:	Dirección de correo electrónico del solicitante (*Opcional).
48.-	Beneficiario:	Indicar el parentesco con el asegurado.
IV.2	Domicilio:	
49.-	Código postal:	Código postal del domicilio del solicitante o representante legal del asegurado.
50.-	Calle:	Nombre de la vialidad que indica el comprobante de domicilio .
51.-	Número exterior:	Número exterior del domicilio del solicitante .
52.-	Número interior:	Número interior del domicilio del solicitante .
53.-	Colonia:	Nombre de la colonia del domicilio del solicitante.
54.-	Localidad:	Nombre de la localidad (*Opcional).
55.-	Municipio o Alcaldía:	Municipio o Alcaldía del domicilio del solicitante.
56.-	Estado:	Estado del domicilio del asegurado (*Opcional).

V. Datos de su historia laboral (Llenar los campos necesarios iniciando con el patrón que lo inscribió por primera vez ante el IMSS).

- Nombre del patrón o razón social	Nombre, denominación o razón social de todos los patrones o sujetos obligados con los que ha laborado.
- Fecha de inscripción	Fecha de alta o reingreso del periodo laborado con cada uno de los patrones con los cuales trabajó.
- Fecha de baja	Fecha de baja del periodo laborado con cada uno de los patrones con los cuales trabajó.
- Entidad federativa donde laboró	Entidad federativa en donde se encuentren localizados los registros patronales donde ha laborado.

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx

No.	Dato	Anotar
VI.	Datos adicionales de su historia laboral	
	- Número de registro patronal	Clave numérica o alfanumérica en 11 posiciones, con la cual el IMSS identifica a los patrones o sujetos obligados.
	- Actividad o giro de la empresa	Actividad o giro de la empresa.
	- Domicilio de la empresa	Domicilio de la empresa donde laboró el asegurado.

Para ser llenado por el IMSS (*)

VII.	Indicar en el recuadro los documentos probatorios que presenta el asegurado o solicitante en copia simple y original para su cotejo:	
	- Documentos probatorios	El empleado del IMSS deberá señalar en cada rubro la documentación entregada.
VIII.	Observaciones	En este rubro se podrá agregar información adicional que considere relevante manifestar el solicitante.
	- Firma del asegurado o solicitante	Firma autógrafa del asegurado o solicitante.
	- Huella digital	Huella digital del asegurado, beneficiario o representante legal.
	- Nombre y firma del trabajador	Nombre completo y firma del trabajador que recibe el trámite.
	- Matrícula	Matrícula del trabajador que recibe el trámite.
	- Sello del IMSS	El empleado IMSS deberá sellar con reloj fechador.
	Comprobante de solicitud	Llenar el comprobante con los datos solicitados y entregar al solicitante.
	- Días hábiles	Registrar los días a transcurrir para que el solicitante acuda a recoger la respuesta de su trámite.

(*) Nota: Las secciones VII y el comprobante de solicitud, deberán ser requisitadas por el empleado IMSS.

Homoclave del formato
FF-IMSS-007

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx