

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

No. Oficio: IVAI-OF/DT/460/15/11/2024
Xalapa, Ver., a 15 de noviembre de 2024

SOLICITANTE 300563924000466
PRESENTE

En atención a la solicitud recibida mediante Plataforma Nacional de Transparencia, me permito informar que, el Instituto Veracruzano de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, es un órgano garante del derecho de acceso a la información pública establecido en el **artículo 16¹** de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos²**.

Bajo ese tenor, en la solicitud se desprende que se requiere lo siguiente:

300563924000466

Información solicitada:

"Solicito el apoyo con algún documento como SAR-03, SAR-04 o estado de cuenta AFORE O algún formato de avisos afiliatorios, para poder obtener información y poderlo presentar en corrección de Datos Personales No. [REDACTED] Mi padre es una persona de la tercera edad [REDACTED], es diabetico, enfermo actualmente de cáncer de próstata y con micro infartos cerebrales. ACTUALMENTE ESTA SIN ATENCION MEDICA.

Ya que me piden un documento oficial con su numero de seguridad que describo aqui y no se cuenta con ningun documento el es una persona mayor no sabe leer ni escribir, solamente logra decirme que trabajo en la empacadora Herdez en los robles como operador de grúas. No cuenta con documentos esto como por el año 1985 o 1987 me enviaron al INFONAVIT para obtener un historial de empleos pero no me lo proporcionaron me mandan con ustedes por la proteccion de datos ." (Sic)

Datos complementarios:

Nombre: [REDACTED]
Fecha Nacimiento: [REDACTED]
CURP: [REDACTED]
NO. IMSS: [REDACTED]
INE: [REDACTED]
CVE DE ELECTOR: [REDACTED]
NACIDO EN: [REDACTED]
NO. ACTA: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED]

Se suprime datos personales

Forma de entrega de la información: Correo electrónico

1 Artículo 16. Toda persona tiene derecho a la protección de sus datos personales, al acceso, rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar su oposición, en los términos que fije la ley, la cual establecerá los supuestos de excepción a los principios que rijan el tratamiento de datos, por razones de seguridad nacional, disposiciones de orden público, seguridad y salud públicas o para proteger los derechos de terceros.

2 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Guadalupe Victoria #7
esq. Francisco Javier Clavijero
Col. Centro, Xalapa, Ver. C.P. 91000
(228) 8420270

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

En virtud de lo anterior, se hace especial énfasis que en el artículo 60, de la LEY 316 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS PARA EL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE, señala, que el titular o su representante podrán solicitar al responsable, el acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de los datos personales que le conciernen.

En virtud de lo anterior, con fundamento en las atribuciones conferidas en los artículos 107, 134³ fracciones III, VIII, XII y XVIII, 143 y 145 de la Ley 875 de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, así como numeral 47, fracción XIX del **Reglamento Interior del Instituto Veracruzano de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales**⁴, hago de su conocimiento que la información solicitada no es generada, ni está en posesión de este Instituto, estando impedido materialmente para otorgarla, siendo aplicable el **criterio 13/17**⁵ emitido por el Instituto Nacional de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, acerca de la ausencia de atribuciones del sujeto obligado para poseer la información.

En este sentido, el Instituto Veracruzano de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales no resguarda la información de los sujetos obligados, sino que su competencia se relaciona con el deber de verificar **QUE LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL ESTADO DE VERACRUZ (NO DE LA FEDERACIÓN)** proporcionen respuesta a las solicitudes de información y que cumplan con los deberes previstos por la normatividad de transparencia y de datos personales.

Ahora bien, derivado de su solicitud, **se observa que desea ejercer sus derechos ARCO**, en este caso en la modalidad de **ACCESO**, para lo cual, deberá cumplir con los requisitos establecidos, en el **artículo 52**⁶ de la **LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS**:

- I. El nombre del titular y su domicilio o cualquier otro medio para recibir notificaciones;
- II. Los documentos que acrediten la identidad del titular y, en su caso, la personalidad e identidad de su representante;
- III. De ser posible, el área responsable que trata los datos personales y ante el cual se presenta la solicitud;
- IV. La descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos ARCO, salvo que se trate del derecho de acceso;
- V. La descripción del derecho ARCO que se pretende ejercer, o bien, lo que solicita el titular, y
- VI. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales, en su caso.

³ Artículo 134. VIII. Auxiliar a los particulares en la elaboración de las solicitudes de información, principalmente en los casos en que éstos no sepan leer ni escribir o que así lo soliciten y, en su caso, orientar a los particulares sobre otros sujetos obligados que pudieran poseer la información pública que solicitan y de la que no se dispone.

⁴ Reglamento Interior del Instituto Veracruzano de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales
https://ivai.org.mx/Documentos/ReglamentoInterior_IVAI_Completo.pdf

⁵ **Incompetencia.** La incompetencia implica la ausencia de atribuciones del sujeto obligado para poseer la información solicitada; es decir, se trata de una cuestión de derecho, en tanto que no existan facultades para contar con lo requerido; por lo que la incompetencia es una cualidad atribuida al sujeto obligado que la declara.

⁶ **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>

**Guadalupe Victoria #7
esq. Francisco Javier Clavijero
Col. Centro, Xalapa, Ver. C.P. 91000
(228) 8420270**

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

Por otra parte, no omito manifestar que, **es importante adjuntar su identificación oficial, para la acreditación de su identidad. (Artículo 49)⁷ LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS).**

Así mismo, el ejercicio de sus derechos ARCO lo puede realizar directamente o a través de su representante. La solicitud la podrá realizar vía correo electrónico, correo postal, mensajería, telégrafo, escrito libre o en los formatos diseñados por el sujeto obligado respectivo y ante la Unidad de Transparencia respectiva, e incluso través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

En este último caso, en aras de garantizar su derecho, esta Dirección de Transparencia, brinda orientación respecto del Sujeto Obligado en el cual puede obrar la información solicitada. Es así que, puede dirigir su solicitud ante el **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**, mismo que tiene la calidad de sujeto obligado, y deberá tener en cuenta lo siguiente:

Sujeto Obligado	Dirección de la Unidad de Transparencia	Teléfono y/o correo electrónico
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Avenida Paseo de la Reforma, esquina con calle Toledo, N° Ext. 476, Planta Baja, Colonia Juárez; Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México	Teléfono: 55 57261700 y 55 52382700 Ext. 14900 y 19705 Horario de atención: De lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas Correo electrónico: unidad.transparencia@imss.gob.mx

Se hace referencia a continuación de la normatividad localizada para la atención a su solicitud: de lo que aplica lo señalado en la **Ley del Seguro Social (IMSS)** que a la letra dice:

SECCION SEPTIMA

DE LA CUENTA INDIVIDUAL Y DE LAS SOCIEDADES DE INVERSION ESPECIALIZADAS DE FONDOS PARA EL RETIRO

Artículo 177. Los patrones estarán obligados siempre que contraten un nuevo trabajador a **solicitar su número de seguridad social** y el nombre de la Administradora que opere su cuenta individual.

⁷ **Artículo 49.** Para el ejercicio de los derechos ARCO será necesario acreditar la identidad del titular y, en su caso, la identidad y personalidad con la que actúe el representante.

El ejercicio de los derechos ARCO por persona distinta a su titular o a su representante, será posible, excepcionalmente, en aquellos supuestos previstos por disposición legal, o en su caso, por mandato judicial.

En el ejercicio de los derechos ARCO de menores de edad o de personas que se encuentren en estado de interdicción o incapacidad, de conformidad con las leyes civiles, se estará a las reglas de representación dispuestas en la misma legislación.

Tratándose de datos personales concernientes a personas fallecidas, la persona que acredite tener un interés jurídico, de conformidad con las leyes aplicables, podrá ejercer los derechos que le confiere el presente Capítulo, siempre que el titular de los derechos hubiere expresado fehacientemente su voluntad en tal sentido o que exista un mandato judicial para dicho efecto.

Guadalupe Victoria #7
esq. Francisco Javier Clavijero
Col. Centro, Xalapa, Ver. C.P. 91000
(228) 8420270

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

Los trabajadores sujetos al régimen previsto en esta Ley no deberán tener más de una cuenta individual, si tienen varias estarán obligados a promover los procedimientos de unificación o traspaso correspondientes que establezca la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

Los trabajadores que estén sujetos al régimen previsto en esta Ley y simultáneamente al previsto en otras leyes, o que con anterioridad hayan estado sujetos al régimen previsto en esta Ley, no deberán tener más de una cuenta individual por cada régimen, y su unificación o traspaso quedará a lo que establezca la Ley para la **Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro**.⁸

Por otro lado, si bien es cierto que para dar cumplimiento a las múltiples funciones del Instituto, existen grandes áreas operativas llamadas **Direcciones Normativas**, las cuales se encargan de regular y vigilar el adecuado otorgamiento de los servicios y prestaciones que el **IMSS** debe proporcionar a los distintos grupos como son afiliados, beneficiarios, patrones, proveedores, profesionales de la salud y ciudadanía en general. <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/estructura>

En este sentido, por cuanto a la **Dirección de Incorporación y Recaudación**, en su Base normativa, **para el Procedimiento para la aclaración o rectificación de movimientos afiliatorios**, mismo que a la letra señala:

(<http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/9210-003-210.pdf>)

2. Objetivo

Establecer las políticas y actividades que el personal de Afiliación en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, Subdelegaciones y Oficinas Auxiliares de Afiliación y Cobranza, deberán observar con la finalidad de dar una correcta atención y orientación **para el trámite de aclaración o rectificación de movimientos afiliatorios**.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria de la Coordinación de Afiliación, de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza, los Departamentos de Supervisión de Afiliación Vigencia en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, las Subdelegaciones, los Departamentos de Afiliación Vigencia y las Oficinas Auxiliares de Afiliación y Cobranza.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 A-22: Avisos recibidos y/o elaborados.

4.2 AFIL-02: Aviso de Inscripción del Trabajador.

4.3 AFIL-03: Aviso de Modificación de Salario del Trabajador.

4.4 AFIL-04: Aviso de Baja del Trabajador.

4.5 AFIL-14: **Errores de Movimientos de Asegurados Afiliación.**

4.6 AFIL-25: **Listado de Movimientos Operados de Asegurados.**

4.7 asegurado: Trabajador o sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto en términos de la Ley del Seguro Social.

4.8 avisos afiliatorios: Formatos: AFIL-01: Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro, AFIL-02: Aviso de Inscripción del Trabajador, AFIL-03: Aviso de Modificación de Salario, AFIL-04: Aviso de Baja de

⁸ Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro

<https://www.gob.mx/consar/que-hacemos>

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

Trabajador publicados en el Diario Oficial de la Federación el día 31 de julio de 2015, con aplicación de la gráfica base.

5.2.5 Del análisis del trámite

5.2.5.5 La persona titular de la Jefatura de Departamento de Supervisión de Afiliación Vigencia deberá proporcionar a las Subdelegaciones dependientes, **el reporte del NSSA** de las prestaciones económicas otorgadas (subsidios) a los trabajadores cuyo patrón, sujeto obligado o representante legal **solicite la rectificación de movimientos afiliatorios**, a más tardar al día siguiente y por la misma vía en que le sea solicitada.

Para el caso de un **Procedimiento para la Corrección de Datos del Asegurado**, en su normativa indica lo siguiente:

(<http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/9210-003-200.pdf>)

5.2.3 Recepción de solicitudes

5.2.3.3 Todas las solicitudes de trámites de Corrección de Datos del Asegurado con origen en ventanilla invariablemente deben ser registradas inmediatamente en el CDA, para que la documentación quede respaldada en el sistema y ya no se generen expedientes en papel que resguardar.

5.2.3.4 La Subdelegación a la que le sea asignado el trámite de Corrección de Datos del Asegurado, será responsable de la afectación de los datos personales, así como de la cuenta individual del asegurado. 5.2.4 Confidencialidad de información

5.2.4.1 De conformidad con el artículo 22 de la LSS, los documentos, datos e informes que los trabajadores, patrones y demás personas proporcionen al Instituto, en cumplimiento de las obligaciones de esta Ley, serán estrictamente confidenciales y no podrán comunicarse o darse a conocer en forma nominativa e individual.

5.2.4.2 Los documentos y datos presentados por el patrón o sujeto obligado para este trámite y aquellos que se encuentren en las bases de datos del Instituto, no deberán difundirse, distribuirse o comercializarse, de conformidad con los artículos 113 y 117 de la LFTAI; 68, 116 y 120 de la LGTAIP; situación que la persona titular de la Jefatura de Departamento de Afiliación Vigencia y la persona titular de la Jefatura de Oficina de Afiliación, deberán vigilar y supervisar.

En base a lo anterior, es permitiente informarle al solicitante que, podrá consultar en la **página web oficial** (<https://www.imss.gob.mx/imssdigital>) en el apartado de **Cambios, Modificaciones o Actualización de datos el Registro de Solicitud de Corrección de datos del Asegurado**:

<https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/correcciondatosasegurado-web-ciudadano/wizard/correccionDatosAsegurado/>



Corrección de datos del asegurado

Paso 1 Inicio trámite

Paso 2 Información de RENAPRO

Paso 3 Captura de datos

Paso 4 Confirmar datos

Para registrar este trámite, debes tener a la mano:

- CURP
- Documento de Seguridad Social (DSS)
- Documento de identificación personal

Ingresar los siguientes datos:

CURP:

Correo electrónico válido, al cual será asociado a tu CURP:

Confirme su correo electrónico:

Escriba las letras de la imagen que se muestran. (No te sabes? ¡Haz clic en el botón!)

YyyAue3

Continuar

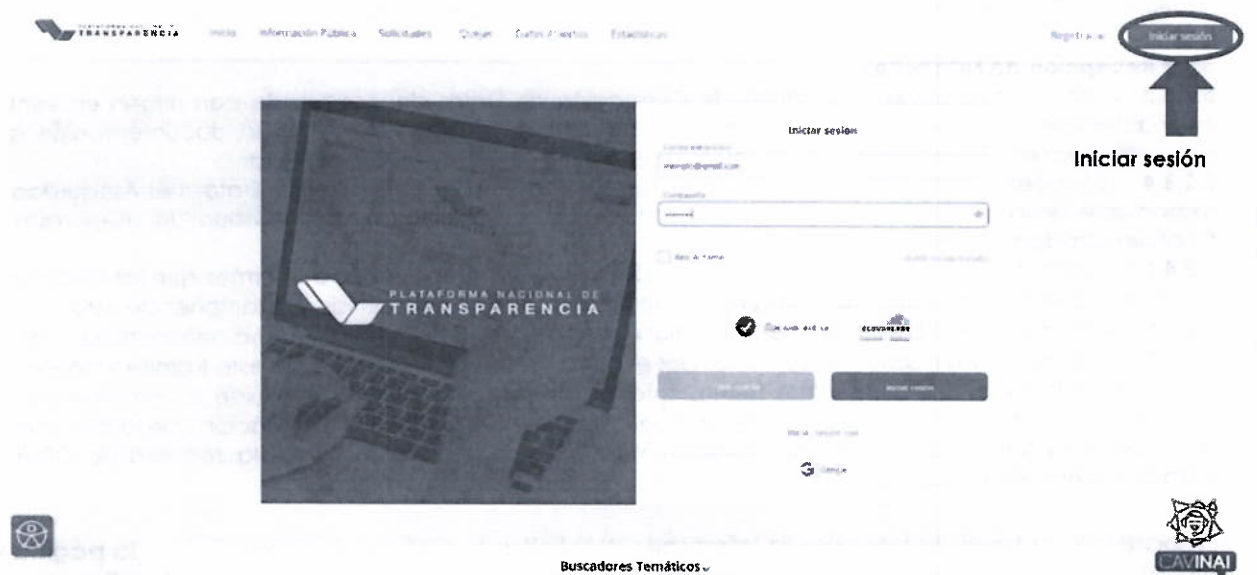
Guadalupe Victoria #7
esq. Francisco Javier Clavijero
Col. Centro, Xalapa, Ver. C.P. 91000
(228) 8420270

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

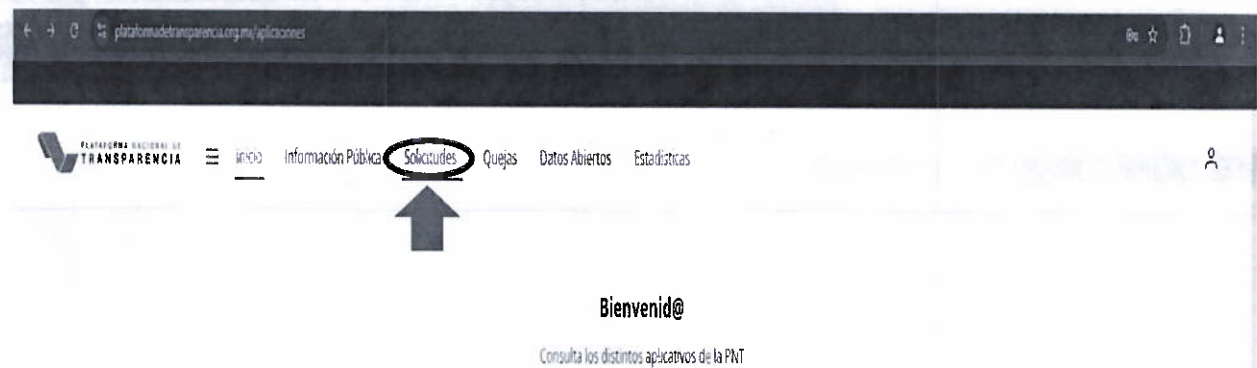
En suma a lo anterior, se hace mención que el derecho de acceso a la información se puede ejercer directamente o a través de su representante. La solicitud la podrá realizar vía correo electrónico, correo postal, mensajería, telégrafo, escrito libre o en los formatos diseñados por el sujeto obligado respectivo y ante la Unidad de Transparencia respectiva, e incluso través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

Sobre esta última, ya que usted cuenta con **usuario** en la plataforma, deberá ingresar al link: <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/> y de esta manera, usted puede ingresar a la **PNT**. Para su mayor facilidad, se le indican los pasos para realizar la solicitud vía plataforma.

1. Deberá dar clic en **"Iniciar sesión"** y de esta manera, usted puede ingresar a la **PNT**.



2. Dar clic en el apartado de **"Solicitudes"**.



**Guadalupe Victoria #7
esq. Francisco Javier Clavijero
Col. Centro, Xalapa, Ver. C.P. 91000
(228) 8420270**

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

- Como siguiente paso, deberá dar clic en el botón de **"Datos Personales"**; una vez abierto el menú, indicar en el apartado **"Denominación o razón social de la institución a la que solicita información"** el sujeto obligado anteriormente señalado, como se muestra en el gráfico a continuación:

La imagen muestra la interfaz de usuario de la plataforma de transparencia. Se han agregado las siguientes anotaciones para guiar al usuario:

- Administrador:** Se indica el rol de usuario como "ADMINISTRADOR".
- Menú de navegación:** Se muestra un menú con opciones como "Inicio", "Información Pública", "Solicitudes", "Quejas", "Datos Abiertos", "Estadísticas", "AD", "ADMINISTRADOR", "Jueves", "Cargos de la P-2", "Solicitudes de Información", "Administración", "Registro de Solicitudes", "Formación Pública", **Datos Personales** (destacado con una flecha), y "Mi Historial".
- Notificación:** Un mensaje indica: "Los siguientes Estados, NO aceptan solicitudes de derechos AMCOPI: - Estado de México".
- Título de la solicitud:** "Solicitud de Protección de Datos Personales (ARCOPI)".
- Campos obligatorios:** Se circulan con una flecha y se indica: "Los campos marcados con (*) son obligatorios".
 - ¿Quién presenta la solicitud? ***: Campo de selección.
 - Nombre(s) ***: Campo de texto.
 - Primer Apellido**: Campo de texto.
 - Segundo Apellido**: Campo de texto.
 - Tipo de derecho ***: Menú desplegable con la opción "ACCESO" seleccionada.
 - Fecha recepción de la solicitud ***: Campo de fecha con el valor "06/11/2024".
 - Denominación de la institución a la que solicita información ***:
 - Entero o Federación ***: Menú desplegable con "Federación" seleccionada.
 - Institución ***: Campo de texto con "Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)".
 - Solicitud de Datos Personales**: Sección de detalles de la solicitud.
 - Clase de la petición ***: Campo de texto.
 - Datos que faciliten la búsqueda y eventual localización de la información**:
 - Opciones**: Campo de texto.
 - Almacén ARCOPI**: Campo de texto.
 - Adjuntar archivo**: Botón para subir documentos.
- Botón de envío:** "Enviar la solicitud".
- Footer:** "Formato PDA-001, COPI, 01/11/2014 y 2015. Última actualización: 2016".

Guadalupe Victoria #7
esq. Francisco Javier Clavijero
Col. Centro, Xalapa, Ver. C.P. 91000
(228) 8420270

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

Indica si los datos corresponden a una persona *

☐ Físico

☐ Mayor de edad

☐ Persona en estado de vulneración o discapacidad

☐ Persona física

Medio para recibir notificaciones *

☐ Asistir a la Unidad de Transparencia o oficina habilitada más cercana a la domicilio

☐ Escritos de la Unidad de Transparencia

☐ Correo electrónico

☐ Domicilio

Formato para recibir la información solicitada *
En caso de ser procedente, indique la modalidad en la cual prefiere la sean entregados sus datos

☐ Medio electrónico disponible por internet

☐ Consulta directa en la Unidad de Transparencia

☐ Cualquier otro medio mediante las tecnologías (CD, DVD, USB)

☐ Copia Certificada

☐ Copia Simple

Solicitud para exentar pago por reproducción y/o envío por circunstancias socioeconómicas

☐ En caso de ser procedente, indique la modalidad de reproducción gratuita y/o el medio por el cual desea recibir la información

☐ No

Precio por reproducción

☐ Datos estadísticos de la solicitud

☐ Accesibilidad y lenguas indígenas de la solicitud

☐ He leído el Aviso de Privacidad y otorgo mi consentimiento para que los datos personales sean tratados conforme al mismo

Leer el aviso de privacidad y dar clic

Enviar

Dar clic y enviar

Una vez realizada la solicitud de información en la Plataforma Nacional de Transparencia, podrá consultar su acuse, en el cual podrá visualizar el folio de su solicitud, y los plazos de respuesta. En este mismo orden de ideas, se informa que la Unidad de Transparencia responderá en el medio que como titular de los datos personales designe en su solicitud, **en un plazo de 20 días hábiles**, que puede ser ampliado **por 10 días hábiles** más, previa notificación.

En congruencia con lo anterior, cabe señalar que el **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**, es sujeto obligado en el ámbito Federal, ante el cual puede plantear cualquier duda o denuncia dirigiéndose al **Centro de Atención Virtual (CAVINAI)** por vía web en <http://inai.org.mx>, Whatsapp al 55 5004 2330 o aclaración al teléfono: Tel inai 800 835 4324 y también al:

- Correo: atencion@inai.org.mx
- Correo postal o asesoría presencial en: Insurgentes Sur, No. 3211, planta baja, Col. Insurgentes Cuicuilco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04530. Conmutador: 5004 2400. Horario de atención: de lunes a jueves de 09:00 a 18:00 horas y viernes de 09:00 a 15:00 horas en días hábiles.

Guadalupe Victoria #7
esq. Francisco Javier Clavijero
Col. Centro, Xalapa, Ver. C.P. 91000
(228) 8420270

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

Asimismo, es importante señalar que, en caso de inconformidad con la respuesta que le proporcione el Sujeto Obligado competente, y observando lo dispuesto por el **numeral 94º** de la LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS, usted podrá interponer un Recurso de Revisión ante el INAI sobre la respuesta proporcionada.

El recurso de revisión podrá ser interpuesto vía electrónica a través de la PNT: con su cuenta de usuario de la PNT, en el vínculo electrónico siguiente; teniendo a mano el folio de su solicitud.

<https://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/inicio>

Para el caso de una queja, con su cuenta, en la Plataforma podrá revisar el estatus de la misma, como se muestra en la siguiente captura de imagen.



1. Una vez ingresado a tu cuenta en la Plataforma, selecciona **quejas de respuesta**.
2. Utiliza los **filtros** para localizar las quejas que has realizado, estas se enlistan en la tabla de resultados ubicada abajo.
3. En caso de tener alguna respuesta o aviso, aparece un botón de **alerta** en la columna de **avisos**. Oprímelo y podrás revisar el mensaje o respuesta a tu queja.
4. No olvides mantenerte al tanto de cada una de las etapas del proceso de atención a tu queja por parte del organismo garante encargado de resolverla.

A manera de ejemplo, se pone a disposición la siguiente liga electrónica de Preguntas Frecuentes sobre **"Como revisar el estatus de mis quejas"**.

<https://www.plataformadetransparencia.org.mx/preguntas-frecuentes>
<https://www.youtube.com/watch?v=qJyDdjiGfuM>

Finalmente, en caso de inconformidad con la respuesta, observando lo dispuesto por el **numeral 133¹⁰** de la LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS PARA EL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE, usted podrá ejercer su derecho para interponer recurso de revisión ante este organismo autónomo del Estado, dentro del plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la respuesta o del vencimiento del plazo para su notificación, anexando el acuse de recibido, esto con la finalidad de computar los plazos.

⁹ LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>

¹⁰ **Artículo 133.** El titular, por sí mismo o a través de su representante, podrán interponer un recurso de revisión ante el Instituto o la Unidad de Transparencia del responsable que haya conocido de la solicitud para el ejercicio de los derechos ARCO, o solicitud de revocación del consentimiento o portabilidad de datos dentro de un plazo que no podrá exceder de quince días contados a partir del siguiente a la fecha de la notificación de la respuesta. Transcurrido el plazo previsto para dar respuesta a una solicitud para el ejercicio de los derechos ARCO sin que se haya emitido ésta, el titular o, en su caso, su representante podrán interponer el recurso de revisión dentro de los quince días siguientes al en que haya vencido el plazo para dar respuesta. En el caso de que el recurso de revisión se interponga ante la Unidad de Transparencia del responsable que haya conocido de la solicitud para el ejercicio de los derechos ARCO, aquélla deberá remitir dicho recurso al Instituto a más tardar al día siguiente de haberlo recibido.

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

De conformidad con el acuerdo **ODG/SE-31/18/05/2021**, los medios de presentación del recurso de revisión son:

- **Directa por escrito:** a través de escrito material, presentado ante la Oficialía de Partes del IVAI o ante la oficina de la Unidad de Transparencia del sujeto obligado.
- **Correo certificado u ordinario:** a la dirección oficial del IVAI. El horario para la recepción de los recursos de revisión son los días hábiles, de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas.
- **Correo electrónico:** a la cuenta contacto@verivai.org.mx o la que corresponda a la Unidad de Transparencia del sujeto obligado.
- **Vía electrónica a través de la PNT:** con su cuenta de usuario de la PNT, en el vínculo electrónico siguiente; teniendo a mano el folio de su solicitud.
<https://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/inicio>

El recurso de revisión remitido o ingresado en día inhábil o después de las 18:00 horas, por medios electrónicos, se tendrá por interpuesto al día y hora hábil siguiente, salvo que se trate del último día para la presentación del mismo, cuyo horario será hasta las veinticuatro horas.

Sin otro particular, reciba saludos cordiales.

ATENTAMENTE



LIC. ARTURO DAVID BALLESTEROS MÉNDEZ
DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA

Guadalupe Victoria #7
esq. Francisco Javier Clavijero
Col. Centro, Xalapa, Ver. C.P. 91000
(228) 8420270

Instituto Mexicano del Seguro Social

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

Homoclave del trámite

IMSS-02-012

Fecha de publicación del formato en el DOF

DD / MM / AAAA

Folio

Fecha de solicitud del trámite

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

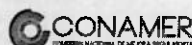
I.6 Números de Seguridad Social involucrados en la aclaración

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****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

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:

29. Calle:

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

30. Número exterior:

31. Número interior:

32. Colonia:

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

33. *Localidad:

34. Municipio o Alcaldía:

35. Estado:

36. *Teléfono fijo (lada y número):

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:

**GOBIERNO DE
MÉXICO****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.

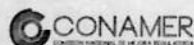
Exclusivo IMSS

Fecha y hora de recepción:

Nombre y firma del empleado IMSS

Matrícula

Sello IMSS

**GOBIERNO DE
MÉXICO****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

Exclusivo IMSS

Fecha y hora de recepción:

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.

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.

**GOBIERNO DE
MÉXICO****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

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. |



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



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

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 reintegro 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:

Instituto Mexicano del Seguro Social

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



GOBIERNO DE
MÉXICO



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>