

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



MEXICO

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN

Delegación: Veracruz Sur
Subdelegación: Coatzacoalcos
Unidad Receptora: 69

Folio

32450069

DATOS DEL PRESESIONADO

MANZO Apellido Paterno DINORIN Apellido Materno JORGE Nombre (s)
20937001384 Número de Seguridad Social MADJ700225HDFNRR08 C.U.R.P.

DATOS DEL SOLICITANTE

TADEO Apellido Paterno REYES Apellido Materno FABIOLA Nombre (s)
JUSTO SIERRA 1904 EDIFICIO C D 201 Domicilio Calle y No. PLAYA SOL Colonia
96518 Código Postal COATZACOALCOS, VER Ciudad o Entidad 9211127611 Teléfono Correo Electrónico

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)
C.U.R.P. Identificación Teléfono (s)
Apoderado Legal ☐ Patria Potestad ☐ Tutor ☐
Personalidad Jurídica Número de Poder, Fecha y Lugar de Expedición

DATOS DE LA PENSIÓN

1973 Régimen IV Rama
OR Tipo de Pensión 03 Grupo Familiar

I. ANTES DEL TIEMPO SOLICITADO

VI. EN CASO DE FINIQUITO

Finiquito por Contraer nuevas nupcias ☐ Fecha de matrimonio

Lo anterior para finiquitar la pensión que percibía conforme a la Ley del Seguro Social, en el entendido que se extinguirán con este pago todos los derechos previstos de los seguros de Riesgo de Trabajo o Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y muerte, según sea el caso.

V. II. EN CASO DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO DEL MONTO DE PAGO DE LA MISMA

Por medio de la presente solicito la modificación de mi pensión por:

Motivo:

Semanas de Cotización <input type="checkbox"/>	Porcentaje de Valuación Médica <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio del estado de invalidez o de la incapacidad permanente para el trabajo. <input type="checkbox"/>
Salario Base de Cotización <input type="checkbox"/>	Inexistencia del Estado de Invalidez <input type="checkbox"/>	Errores Aritméticos o Informáticos <input type="checkbox"/>
Calificación de Riesgo de Trabajo <input type="checkbox"/>	Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social. (Régimen del Seguro Social 1973/1997) <input type="checkbox"/>	Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión <input type="checkbox"/>

V. III. EN CASO DE NUEVO ASIGNATARIO O BENEFICIARIO DE PENSIÓN

Nuevo asignatario <input checked="" type="checkbox"/>	Hijo menor de 16 años <input type="checkbox"/>	Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante <input type="checkbox"/>
Esposa o Concubina <input type="checkbox"/>	Ascendientes Padre/Madre <input type="checkbox"/>	
Hijo mayor de 16 años incapacitado <input type="checkbox"/>		
Beneficiario de Pensión de Orfandad <input type="checkbox"/>	Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante <input type="checkbox"/>	Hijo mayor de 16 años incapacitado <input type="checkbox"/>
Hijo menor de 16 años <input checked="" type="checkbox"/>		

Manifiesto que el (los) beneficiario(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentra(n) inscrito(s) en la Institución Educativa con clave
al ciclo escolar y año escolar : se entrega constancia de estudios con una vigencia de a con fecha y lugar de exdición (33)

V. I. V. CAMBIO DE CUENTA BANCARIA

Nombre de la institución bancaria Número de Cuenta CLABE Acreditamiento a partir del mes de

DATOS DEL BENEFICIARIO O ASIGNATARIO FAMILIAR

MANZO Apellido paterno	TADEO Apellido materno	LUIS DANIEL Nombre(s)	30/04/2016 Fecha de Nacimiento	HUJO Parentesco	Hombre Sexo	MATL160430HVZNSDA3 C.U.R.P.
------------------------	------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------	-------------	-----------------------------

Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el (los) beneficiario(s) hijo(s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al Régimen Obligatorio del Seguro Social.

II. DOCUMENTOS ADJUNTOS

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

Credencial ADIMSS <input type="checkbox"/>	Cédula profesional <input type="checkbox"/>	Cartilla del Servicio Militar <input type="checkbox"/>
Credencial para votar <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Cédula de Identidad personal <input type="checkbox"/>
Documento expedido por la Delegación o Municipio <input checked="" type="checkbox"/>	Cata de Naturalización <input type="checkbox"/>	Constancia de estudios <input type="checkbox"/>
Documento migratorio <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Residencia <input type="checkbox"/>	

DOCUMENTO CON NSS

IMSS <input type="checkbox"/>	INFONAVIT <input type="checkbox"/>	AFORE <input type="checkbox"/>
-------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

R.F.C.

Constancia de Inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes <input type="checkbox"/>	Cédula de Identificación fiscal <input type="checkbox"/>	Comprobante de pago de salario <input type="checkbox"/>
Estado de cuenta de su cuenta individual AFORE <input type="checkbox"/>	Factura fiscal expedida a su favor <input type="checkbox"/>	Cualquier documento que contenga el RFC <input type="checkbox"/>

DOCUMENTO DE APOYO

Recibos de pago <input type="checkbox"/>	Contrato de trabajo <input type="checkbox"/>	Comprobante de Inscripción al Seguro Social <input type="checkbox"/>
COMPROBANTE DE DOMICILIO <input type="checkbox"/>	C.U.R.P. <input checked="" type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE AFORE <input type="checkbox"/>
DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN DE CRÉDITO AUTORIZADA POR EL IMSS <input type="checkbox"/>	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/ RECONOCIMIENTO/CARTA DE NATURALIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	DICTAMEN ST 6 <input type="checkbox"/>
CONSTANCIA VIGENTE DE REGISTRO DE BENEFICIARIO/ASCENDIENTE/ CONYUGE ESPOSO O CONCUBINO <input type="checkbox"/>	COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DE CONCUBINATO <input type="checkbox"/>	COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA <input type="checkbox"/>
COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO <input type="checkbox"/>	CONSTANCIA DE ESTUDIO <input type="checkbox"/>	OTROS ESPECIFICAR ACTA DEFUNCION, ACTA NAC Y CURP <input type="checkbox"/>
Recibos de pago <input type="checkbox"/>		

EN CASO DE FINIQUITO

COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO☐

EN CASO DE CAMBIO DE CUENTA BANCARIA

CONTRATO BANCARIO☐ESTADO DE CUENTA O DOCUMENTO EMITIDO POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA☐

VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

Credencial ADIMSS☐

Cédula profesional☐

Cartilla del Servicio Militar☐

Credencial para votar☐

Pasaporte☐

Cédula de Identidad personal☐

Documento expedido por la Delegación o Municipio☐

Documento migratorio☐

Tarjeta de residencia☐

DOCUMENTO QUE ACREDITE LA PERSONALIDAD

Copia certificada del poder notarial para actos de dominio☐

Copia certificada del poder notarial especial☐

Acta de nacimiento☐

Copia certificada de la resolución judicial que acredite la tutela☐

Copia certificada del acta de tutela☐

VIII. OBSERVACIONES

1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil en que haya recibido la solicitud 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 mas por cada cuarenta kilómetros de distancia.

2. Se podrá desistirse de continuar con esta trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora de donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución.

3. El representante deberá acudir a la Unidad Receptora donde inicio su trámite, en la fecha que se le indica (determinación máxima 8 días), a efecto de darle aviso de la procedencia de la solicitud y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, según corresponda. Su cita es el próximo , en un horario de hrs.

4. Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.

5. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sirvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-396-24-66 o en el D.F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01800-623-23-23.

FIRMA OTRA PERSONA DE RUEGO

Si☐No☐

Nombre completo

Identificación

No. o Clave

Domicilio

Firma o Huella Digital del Solicitante

COATZACOALCOS

DELEGACIÓN REGIONAL PERCEPTRIZ SUR

SUBDELEGACIÓN COATZACOALCOS

DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

COATZACOALCOS, VER., 23 DE MAYO DEL 2024

Lugar, Fecha y Sello

Pago IMSS

☐ Autorizó

Pago Aseguradora

☐ Revisó

Autorizó: Matricula, Nombre, Firma y Cargo

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 en trámite y servicios institucionales, atendiendo a la normativa dictada en 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 Cuauhtemoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quien es responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto se utilizaran sus datos personales recabados para verificar y confirmar 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 "Solicitud Modificación de Pensión", 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

Documento para uso exclusivo del IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES



SOLICITUD DE ACREDITAMIENTO EN CUENTA BANCARIA EN MONEDA NACIONAL

Delegación:	VERACRUZ SUR	FECHA:	23/05/2024	FOLIO:	421982
Subdelegación:	COATZACOALCOS				
Unidad Receptora:	U.M.F. NO. 36 COATZACOALCOS				

I. DATOS DEL ASEGURADO		
20937001384	MADJ700225HDFNNR08	
Número de Seguridad Social	CURP	
MANZO	DINORIN	JORGE
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

II. DATOS DEL SOLICITANTE		
TADEO	REYES	FABIOLA
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
	9211127611	-
	Teléfono	Correo Electrónico

III. DATOS PARA ACREDITAR EL PAGO DE PENSION		
BBVA BANCOMER	012854014575349303	JULIO 2024
Nombre de la Institución Bancaria	Número de Cuenta CLABE	Acreditamiento a partir del mes de

IV. DATOS ADJUNTOS DEL ASEGURADO Y/O PENSIONADO		
Identificación Oficial	Contrato Bancario	Estado de Cuenta o documento emitido por insitucion bancaria

V. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (SÓLO EN CASO DE APLICAR)		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
CURP	Personalidad Jurídica	

VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (SÓLO EN CASO DE APLICAR)			
Apoderado Legal	Copia certificada del testimonio notarial a través del cual se acredite que se cuenta con poder general para actos de dominio, o bien, especial para realizar el trámite que corresponda ante el Instituto.		
	Número de escritura	Notaria	
	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición	
Patria Potestad	Copia certificada de acta de nacimiento, acta de adopción o reconocimiento del menor.		
	Entidad	Delegación	Juzgado
	Libro	Acta	Año
	Lugar de Expedición		Fecha de Expedición
	Copia certificada de la resolución jurisdiccional ejecutoriada a través de la cual conste el ejercicio de la patria potestad a cargo del solicitante.		
	Juzgado		Expediente
Tutor	Copia certificada de Acta de Tutela.		
	Entidad	Delegación	Juzgado
	Libro	Acta	Año
	Lugar de Expedición		Fecha de Expedición
	Copia certificada de la resolución jurisdiccional ejecutoriada, que acredite el auto de discernimiento de la tutela.		
	Juzgado		Expediente
Lugar de Expedición		Fecha de Expedición	

VII. OBSERVACIONES	
Bajo protesta de decir verdad declaro que los datos anotados en esta solicitud son ciertos, así como los documentos que presento son auténticos, en caso contrario estaré sujeto a las sanciones estipuladas en las leyes, reglamentos, códigos y demás disposiciones legales aplicables	
Firma o Huella Digital del Solicitante	

Elaboró		Aplicó
U.M.F. NO. 36 COATZACOALCOS Matrícula, Nombre y Firma	Lugar, Fecha y Sello	Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo

U.M.F. NO. 36 COATZACOALCOS
Matrícula, Nombre y Firma

Lugar, Fecha y Sello

Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN



MÉXICO

Delegación: VERACRUZ SUR
 Subdelegación: COATZACOALCOS
 Unidad Receptora: UMF 69

Folio

ORFANDAD

MANZO Apellido Paterno 20937001384 Número de Seguridad Social		DINORIN Apellido Materno MADJ700225HDFNNR08 C.U.R.P.		JORGE Nombre (s)	
TADEO Apellido Paterno J SIERRA 1904 EDIF C D 201 Domicilio Calle y No.		REYES Apellido Materno		FABIOLA Nombre (s)	
96518 Código Postal		COATZACOALCOS Ciudad o Entidad		PLAYA SOL Colonia	
		9211127611 Teléfono		Correo Electrónico	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
C.U.R.P.		Identificación		Teléfono (s)	
Apoderado Legal <input type="checkbox"/>		Patria Potestad <input type="checkbox"/>		Tutor <input type="checkbox"/>	
Personalidad Jurídica		Número de Poder, Fecha y Lugar de Expedición			
73 Régimen		iv Rama			
OR Tipo de Pensión		02 Grupo Familiar			

VI. EN CASO DE FINIQUITO

Finiquito por Contraer nuevas nupcias ☐ Fecha de matrimonio

Lo anterior para finiquitar la pensión que percibió conforme a la Ley del Seguro Social, en el entendido que se extinguirán con este pago todos los derechos previstos de los seguros de Riesgo de Trabajo o Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y muerte, según sea el caso.

V. II. EN CASO DE MODIFICACIÓN DE PENSIÓN POR HECHOS QUE INCIDEN EN EL CÁLCULO DEL MONTO DE PAGO DE LA MISMA

Por medio de la presente solicito la modificación de mi pensión por:

Motivo:			
Semanas de Cotización <input type="checkbox"/>	Porcentaje de Valuación Médica <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio del estado de invalidez o de la incapacidad permanente para el trabajo. <input type="checkbox"/>	
Salario Base de Cotización <input type="checkbox"/>	Inexistencia del Estado de Invalidez <input type="checkbox"/>	Errores Aritméticos o Informáticos <input type="checkbox"/>	
Calificación de Riesgo de Trabajo <input type="checkbox"/>	Reingreso al Régimen Obligatorio al Seguro Social. (Régimen del Seguro Social 1973/1997) <input type="checkbox"/>	Nuevo Asignatario o Beneficiario de Pensión <input type="checkbox"/>	

V. III. EN CASO DE NUEVO ASIGNATARIO O BENEFICIARIO DE PENSIÓN

Nuevo asignatario <input type="checkbox"/>			
Esposa o Concubina <input type="checkbox"/>	Hijo menor de 16 años <input type="checkbox"/>	Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante <input type="checkbox"/>	
Hijo mayor de 16 años incapacitado <input type="checkbox"/>	Ascendientes Padre/Madre <input type="checkbox"/>		
Beneficiario de Pensión de Orfandad <input type="checkbox"/>			
Hijo menor de 16 años <input type="checkbox"/>	Hijo mayor de 16 hasta 25 años estudiante <input type="checkbox"/>	Hijo mayor de 16 años incapacitado <input type="checkbox"/>	

Manifiesto que el (los) beneficiario(s) mayor(es) de 16 hasta 25 años estudiante(s) se encuentra(n) inscrito(s) en la Institución Educativa con clave
 al ciclo escolar y año escolar : se entrega constancia de estudios con una vigencia de a con fecha y lugar de expedición (33)

V. I. V. CAMBIO DE CUENTA BANCARIA

Nombre de la institución bancaria	Número de Cuenta CLABE	Acreditamiento a partir del mes de
-----------------------------------	------------------------	------------------------------------

DATOS DEL BENEFICIARIO O ASIGNATARIO FAMILIAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Sexo	C.U.R.P.
------------------	------------------	-----------	---------------------	------------	------	----------

Bajo protesta de decir verdad, hago constar que el (los) beneficiario(s) hijo(s) de 16 a 25 años, no desempeña(n) trabajo sujeto al Régimen Obligatorio del Seguro Social.

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

Credencial ADIMSS <input type="checkbox"/>	Cédula profesional <input type="checkbox"/>	Cartilla del Servicio Militar <input type="checkbox"/>
Credencial para votar <input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Cédula de Identidad personal <input type="checkbox"/>
Documento expedido por la Delegación o Municipio <input type="checkbox"/>	Cata de Naturalización <input type="checkbox"/>	Constancia de estudios <input type="checkbox"/>
Documento migratorio <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Residencia <input type="checkbox"/>	

DOCUMENTO CON NSS




IMSS <input checked="" type="checkbox"/>	INFONAVIT <input type="checkbox"/>	AFORE <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------	--------------------------------

R.F.C.

Constancia de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes <input type="checkbox"/>	Cédula de Identificación fiscal <input type="checkbox"/>	Comprobante de pago de salario <input type="checkbox"/>
Estado de cuenta de su cuenta individual AFORE <input checked="" type="checkbox"/>	Factura fiscal expedida a su favor <input type="checkbox"/>	Cualquier documento que contenga el RFC <input type="checkbox"/>

DOCUMENTO DE APOYO

Recibos de pago <input type="checkbox"/>	Contrato de trabajo <input type="checkbox"/>	Comprobante de Inscripción al Seguro Social <input type="checkbox"/>
COMPROBANTE DE DOMICILIO <input checked="" type="checkbox"/>	C.U.R.P. <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE AFORE <input checked="" type="checkbox"/>
DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LA CUENTA BANCARIA EXPEDIDA POR LA INSTITUCIÓN DE CRÉDITO AUTORIZADA POR EL IMSS <input type="checkbox"/>	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO/ACTA DE ADOPCIÓN/ RECONOCIMIENTO/CARTA DE NATURALIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	DICTAMEN ST-6 <input type="checkbox"/>
CONSTANCIA VIGENTE DE REGISTRO DE BENEFICIARIO/ASCENDIENTE/ CONYUGE ESPOSO O CONCUBINO <input checked="" type="checkbox"/>	COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA RELACIÓN DE CONCUBINATO <input type="checkbox"/>	COPIA CERTIFICADA DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE ACREDITE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA <input type="checkbox"/>
COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO <input type="checkbox"/>	CONSTANCIA DE ESTUDIO <input type="checkbox"/>	OTROS ESPECIFICAR <input type="checkbox"/>
Recibos de pago <input type="checkbox"/>		

EN CASO DE FINIQUITO								
COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO <input type="checkbox"/>								
EN CASO DE CAMBIO DE CUENTA BANCARIA								
CONTRATO BANCARIO <input type="checkbox"/>	ESTADO DE CUENTA O DOCUMENTO EMITIDO POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA <input type="checkbox"/>							
VII. DOCUMENTOS ADJUNTOS EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL								
IDENTIFICACIÓN OFICIAL								
Credencial ADIMSS <input type="checkbox"/>	Cédula profesional <input type="checkbox"/>	Cartilla del Servicio Militar <input type="checkbox"/>						
Credencial para votar <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Cédula de identidad personal <input type="checkbox"/>						
Documento expedido por la Delegación o Municipio <input type="checkbox"/>	Documento migratorio <input type="checkbox"/>	Tarjeta de residencia <input type="checkbox"/>						
DOCUMENTO QUE ACREDITE LA PERSONALIDAD								
Copia certificada del poder notarial para actos de dominio <input type="checkbox"/>	Copia certificada del poder notarial especial <input type="checkbox"/>	Acta de nacimiento <input type="checkbox"/>						
Copia certificada de la resolución judicial que acredite la tutela <input type="checkbox"/>	Copia certificada del acta de tutela <input type="checkbox"/>							
VIII. OBSERVACIONES								
<p>1. El plazo para la resolución del trámite se computará a partir del día hábil en que haya recibido la solicitud 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 mas por cada cuarente kilómetros de distancia.</p> <p>2. Se podrá desistir de continuar con esta trámite, con la solicitud por escrito que presente en la Unidad Receptora de donde suscribió la solicitud, hasta antes de la notificación de la resolución.</p> <p>3. El representante deberá acudir a la Unidad Receptora donde inicio su trámite, en la fecha que se le indica (determinación máxima 8 días), a efecto de darle aviso de la procedencia de la solicitud y en su caso, realice la elección de régimen de pensión y/o aseguradora, según corresponda. Su cita es el próximo _____, en un horario de _____ hrs.</p> <p>4. Los asegurados y pensionados deberán mantener actualizado el registro de sus beneficiarios y su domicilio, ante los servicios de Afiliación Vigencia.</p> <p>5. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a esté trámite, sirvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-396-24-66 o en el D.F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01800-623-23-23.</p>								
FIRMA OTRA PERSONA DE RUEGO								
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Nombre completo _____	Identificación _____	No. o Clave _____						
Domicilio _____								
<div> FABIOLA ADEO REYES</div>								
Firma o Huella Digital del Solicitante								
<div> Angela Karina López Herrera Servicios Técnicos Matrícula: 99925168 Matrícula, Nombre y firma</div>	<div>COATZACOALCOS, VER. 22/01/2024 Lugar, Fecha y Sello</div> <div></div>	<table><tr><td>Pago IMSS</td><td>Pago Aseguradora</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Autorizó</td><td>Revisó</td></tr></table> <div>Autorizó: Matrícula, Nombre, Firma y Cargo</div>	Pago IMSS	Pago Aseguradora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizó	Revisó
Pago IMSS	Pago Aseguradora							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Autorizó	Revisó							

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 en trámite y servicios institucionales, atendiendo a la normativa dictada en 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, quien es responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto se utilizarán sus datos personales recabados para verificar y confirmar 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 "Solicitud Modificación de Pensión", 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