

## Instituto Mexicano del Seguro Social

## Solicitud de registro o aviso de baja de beneficiario (SAV-002)

Homoclave del formato

SAV-002

Fecha de publicación del formato en el DOF  
31 / 07 / 2015  
DD MM AAAA

Clave	Clinica	Datos del asegurado
01		NSS: 1105881453 - 1
Modalidad	UMF 005	CURP: SORR881112HMCSDB06
10		Nombre: ROBERTO SOSA RODRIGUEZ

Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del Beneficiario

ROBERTO SOSA RODRIGUEZ

Agregado de Identidad

01119882

Mes de nacimiento

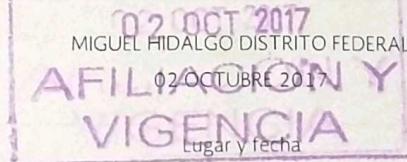
11

Documentos que presenta para comprobar el parentesco o baja

RECIBO DE GAS - NO. FOLIO: 057808422, FECHA EXPEDICION: 31/07/2017; CREDENCIAL DE ELECTOR - AÑO DE EXPEDICIÓN: 2015, CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE CREDENCIAL : 139525771;

Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado Sistema de Registro de Beneficiarios, con fundamento en los artículos 84 de la Ley del Seguro Social y, 67 y 68 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y cuya finalidad es contener, proteger, ordenar y clasificar los datos de los derechohabientes del Instituto (asegurados y sus beneficiarios), el cual fue 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.iftai.org.mx](http://www.iftai.org.mx)). 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 Unidad de Medicina Familiar o la Subdelegación de control del domicilio del asegurado. 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



Lugar y fecha

LOVK830805MMCPLR01

Nombre y firma del empleado

Declaro y manifiesto bajo protesta de decir verdad que lo datos asentados en cada requisito son correctos y corresponden a la verdad, apercibido que de conformidad con el artículo 314 de la Ley del Seguro Social, se me reputará como fraude y se me sancionará como tal, en los términos del Código Penal Federal, el obtener, así como el propiciar la obtención, de los seguros, prestaciones y servicios que esta Ley establece, sin tener el carácter de derechohabiente, mediante cualquier engaño o aprovechamiento de error, ya sea en virtud de simulación, sustitución de personas o cualquier otro acto, lo cual podrá ser verificado por el Instituto en cualquier momento, en uso de sus facultades de comprobación como organismo fiscal autónomo.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios

IMSS-02-066-A	IMSS-02-066-B	IMSS-02-066-C	IMSS-02-066-D	IMSS-02-066-E
IMSS-02-066-F	IMSS-02-066-G	IMSS-02-066-H	IMSS-02-066-I	IMSS-02-066-J
IMSS-02-066-K	IMSS-02-066-L	IMSS-02-066-M	IMSS-02-066-N	IMSS-02-066-O

Cadena original: ||Invocante portalimssdigital||Tipo de trámite CORRECCION DE DATOS||Fecha:02 de octubre 2017, 09:31:51||Folio:1506954654739135662497||Nombre o Razón Social:ROBERTO SOSA RODRIGUEZ||Curp:SORR881112HMCSDB06||Número de Seguridad Social:1105881453||

Sello digital:

k4EQA4CmmqK2d3S8RtdRsb1swMUSvZkiRWZg40iAVEheb99LY9H8LcYE MoGglhjraN9v4c2mVRN2kZQCRKT7pWnPcsylScf5Rc5SSXi2aSyGSjoHmrPCa0GOr9GZ7v1GH7zq76tMEcGCEASkFDsZ6bnX78VjeblqXDx|2e1|AbgvZ0vEWFe7LFYbOEELxxlyoTP+EkbfoNnhTmybfscYjQavPG+AlquhH4Ev/Xiz8b30Wk68f8KTjvn280YUkzdluTT8zf2yAly1m2owWUkFrC8bGH79oz2TYGgrvb48HPF7knkFaN9+c0s56nBzNB8pIZFE+XymsPWA==

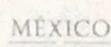
Secuencia notarial:

ef9cf4cd-79fd-4027-a959-a1d94f36f29e

Número de serie:

00000000000000000001

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



## Contacto

Paseo de la Reforma 476, P.B.  
Col. Juárez, Delegación  
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.  
Tel. 01 800 623 23 23  
<http://atencion.contacto@imss.com.mx>