

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

01

Modalidad

10

Clínica

UMF 186

Datos del asegurado

NSS: 9290717031 - 7

CURP: HEOB710326HDFRLR08

Nombre: BRAULIO LEONARDO HERNANDEZ OLIN

Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del Beneficiario

BRAULIO LEONARDO HERNANDEZ OLIN

Agregado de Identidad

01119718

Mes de nacimiento

03

Documentos que presenta para comprobar el parentesco o baja

RECIBO DE TELÉFONO - NO. FOLIO: 020119030218022, FECHA EXPEDICIÓN: 01/03/2019; CREDENCIAL DE ELECTOR - AÑO DE EXPEDICIÓN: 2018, CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE CREDENCIAL : 172595065;

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.inai.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 Decimoseptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

TLALNEPANTLA DE BAZ MÉXICO

22 MARZO 2019

ROAV940514HMCVC06

Firma del asegurado

Lugar y fecha

Nombre y firma del empleado

Declaro y manifiesto bajo protesta de decir verdad que los 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:22 de marzo 2019, 11:27:34|Folio:1553275562781273013465|Nombre o Razón Social:BRAULIO LEONARDO HERNANDEZ OLIN|Curp:HEOB710326HDFRLR08|Número de Seguridad Social:92907170317|

Sello digital:

Wq8OfJpNBdFrWEoV31p4ddAoM1glVoRWESFC8BjxMwrCOMojDU2Lqth+OA6qbCFHqN74a3U1rwQdZzAphUwmw0vdyx+9gDpctmQnHmfjXYtQec3BQyGP5LiRn/fqQimWCjypipaxVdKg2cuVKtPNJ9IGVTYxzO+En4P39kSGqU3pY0yAyUWs8uOVY19vi4YaOJO/wbE42lcUbiM7+3r8lavQTSmf6kxJfcRz3QzLvn6jj7BbLss aNNw3zf4Fuwiye4GRyo4zV3fSzxEXG:14hMQksRSRSmDSfDJZx++nFow+mE4QMyxjwg3T7jnPW8fAPAbsm5cA9dWk+bTQrzpg==

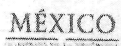
Secuencia notarial:

6b2c7c5a-938c-490b-b918-ddc5d66y 1fe

Número de serie:

00000000000000000001

"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)"



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.contactaimss.com.mx