



"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

GUIA PARA ALTA EN CLÍNICA O UMF (UNIDAD MÉDICA FAMILIAR)

1) INGRESAR A LA PÁGINA

<http://www.imss.gob.mx/imssdigital>

Es una estrategia para evolucionar al IMSS y adaptarlo a la nueva realidad de servicios digitales, mediante un nuevo modelo de atención, con la puesta en marcha de canales modernos

1 2

Servicios más consultados NSS Número de Seguridad Social Consulta tu Vigencia de Derechos Semanas Cotizadas Agenda tu cita médica vía web





2) ELEGIR LA OPCIÓN ALTA EN CLÍNICA O UMF

Accesibilidad

Trámites Gobierno

IMSS

Inicio Conoce al IMSS Transparencia Directorio Contacto ciudadano

Ubica Tramita Salud

de trámites y servicios 100% digitales.
Para realizarlos sólo necesitas tener a la mano tu
CURP, FIEL y correo electrónico.
Revisa el tutorial para ingresar al Escritorio Virtual

Escritorio Virtual

Trámites y Servicios Digitalizados

Patrones Derechohabientes

Altas, Inscripciones o Registros

Agendar Cita Médica + Iniciar trámite ▶

Alta en Clínica o UMF + Iniciar trámite ▶

Asignación de Número de Seguridad Social (NSS) + Iniciar trámite ▶

Descárgala en:
Descárgala en el App Store
DISPONIBLE EN Google Play

Beneficios para ti

- Ahorra tiempo
- Evita filas
- Accede todo el año, a toda hora
- Tus documentos incluyen sello digital
- Interactúa digitalmente con el IMSS

Premios 2017

Gana IMSS reconocimientos a la Innovación Gubernamental 2017

Sello de Excelencia
Comprometidos en elevar
nuestro destino de calidad



"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

3) INGRESAR LOS SIGUIENTES DATOS:

- CURP
- CORREO ELECTRÓNICO
- CONFIRMAR CORREO ELECTRÓNICO
- PATRÓN DE LETRAS ASIGNADAS

Accesibilidad

gob.mx

Trámites Gobierno

Trámites

Alta en clínica o UMF con CURP

Alta en clínica o UMF con CURP

Paso 1
Iniciar

Paso 2
Capturar dirección

Paso 3
Seleccionar clínica

Paso 4
Trámite finalizado

Tener a la mano:

- CURP
- Código postal
- Correo electrónico válido, el cual será asociado a tu CURP

Favor de Ingresar los siguientes datos:

CURP*:

[¿No te sabes tu CURP? Consúltala aquí.](#)

Correo electrónico*:

Confirma tu correo electrónico*:

Escribe las letras de la imagen que se muestra*:

h

5

r

x

a

Captura

*Campos obligatorios.

[Aviso de privacidad](#)

[Continuar](#)





"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

4) INGRESAR LOS DATOS: C.P, DOMICILIO, LA CLINICA O UMF Y EL TURNO DE TU PREFERENCIA, UNA VEZ INGRESADOS LOS DATOS SELECCIONA LA OPCION CONTINUAR....

Accesibilidad

gob.mx

Trámites Gobierno

Paso 1
Iniciar

Paso 2
Capturar dirección

Paso 3
Seleccionar clínica

Paso 4
Trámite finalizado

Datos del domicilio

Para ubicar tu clínica, ingresa los datos de tu domicilio.

Código Postal *:

Estado:

Municipio o Alcaldía:

Selecciona tu colonia *:

Calle*:

Número exterior*: **Número interior:**

Datos de adscripción

Selecciona la clínica o UMF y el turno de tu preferencia.

Clínica o UMF*:

Turno*:

Consultorio:

Datos de la clínica seleccionada:

Dirección HGSZMF 015 MOROLEON:
AVENIDA AMÉRICA

Horarios
Turno matutino : No disponible
Turno vespertino : No disponible

IMPORTANTE:

- **LA CLINICA MAS CERCANA AL ITSUR CORRESPONDE A 015 DE MOROLEÓN, GTO.**





5) SELECCIONAR LA OPCIÓN ACEPTAR PARA PODER DESCARGAR LA CARTILLA NACIONAL DE SALUD

gob.mx Trámites Gobierno

Para ubicar tu clínica, ingresa los datos de tu domicilio.

Código Postal *:

Estado: **Municipio o Alcaldía:**

Selecciona tu colonia *:

Calle*: **Número exterior*:** **Número interior:**

Datos de adscripción

Selecciona la clínica o UMF y el turno de tu preferencia. La seleccionada:

Clínica o UMF*: **Dirección HGSZMF 015 MOROLEON:**
AVENIDA AMÉRICA

Turno*: **Horarios**
Turno matutino : No disponible
Turno vespertino : No disponible

Consultorio:

*Campos obligatorios.

Confirmación requerida

Los datos ingresados son los siguientes:

UMF: HGSZMF 015 MOROLEON

Turno: MATUTINO

Consultorio : 1

“2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata”

1) DESCARGAR E IMPRIMIR SOLICITUD DE REGISTRO (SAV-002)

														
Instituto Mexicano del Seguro Social														
Solicitud de registro o aviso de baja de beneficiario (SAV-002)														
<table border="1"> <tr> <td align="center">Homoclave del formato</td> </tr> <tr> <td align="center">SAV-002</td> </tr> </table>		Homoclave del formato	SAV-002	<table border="1"> <tr> <td align="center">Fecha de publicación del formato en el DOF</td> </tr> <tr> <td align="center"> 31 ID / 07 MM / 2015 AAAA </td> </tr> </table>	Fecha de publicación del formato en el DOF	31 ID / 07 MM / 2015 AAAA								
Homoclave del formato														
SAV-002														
Fecha de publicación del formato en el DOF														
31 ID / 07 MM / 2015 AAAA														
<table border="1"> <tr> <td align="center">Clave</td> <td align="center">Clínica</td> </tr> <tr> <td align="center">01</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">Modalidad</td> <td align="center">HGSZMF 015</td> </tr> <tr> <td align="center">32</td> <td></td> </tr> </table>	Clave	Clínica	01		Modalidad	HGSZMF 015	32		<table border="1"> <tr> <td align="center">Datos del asegurado</td> </tr> <tr> <td>NSS: </td> </tr> <tr> <td>CURP: </td> </tr> <tr> <td>Nombre: </td> </tr> </table>		Datos del asegurado	NSS:	CURP:	Nombre:
Clave	Clínica													
01														
Modalidad	HGSZMF 015													
32														
Datos del asegurado														
NSS:														
CURP:														
Nombre:														
<table border="1"> <tr> <td align="center">Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del beneficiario</td> <td align="center">Agregado de Identidad</td> <td align="center">Mes de nacimiento</td> </tr> <tr> <td align="center">DAVID ALCANTAR PINTOR</td> <td align="center">01120015</td> <td align="center">04</td> </tr> </table>		Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del beneficiario	Agregado de Identidad	Mes de nacimiento	DAVID ALCANTAR PINTOR	01120015	04							
Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del beneficiario	Agregado de Identidad	Mes de nacimiento												
DAVID ALCANTAR PINTOR	01120015	04												
Documentos que presenta para comprobar el parentesco o baja 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.inal.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 Decretoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.														
URIANGATO GUANAJUATO TRÁMITE CONCLUIDO FIRMADO POR EL IMSS. 30 SEPTIEMBRE 2019														
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 renglón son correctos y corresponden a la verdad, aprobando 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 procurar 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: [Invoice:portalimssdigital Tipo de trámite:REGISTRO ASEGURADO Fecha:30 de septiembre 2019, 10:30:05 Póliza:156498574046473486632515 Nombre o Razón Social:DAVID ALCANTAR PINTOR Curs:AAPD0104264MNNVNA Número de Seguridad Social:23130144886]]														
Sello digital: UZ7YQEXT4f6GagAT7YDf0TBW+e/V2KmH9S0vnmMD4u5VB8g/LW6Rpu72PaGylYdFD03nKcAS2Bv77cYTTZHE+HfmmN4BFIx4A4LCKSM3u/SJGQc8BDHYaJpU7MQDQNNVTK3mQp7bX87q6sUgUQJ/c0e0e7L5dM5X8thTAbgBdR4LzIhUgPmWGoVhNcLzuzM95vYWAx74EJ/TvYGHFIAS3BQNTC NQ7BQ2u3JmAc7ToX4W4M4mp5S4G4V4v5eQ7J11Zu7Rf8w15m3A9y3HNEU16t6k0epH6d2awK4u7F793yUJGw==														
Secuencia serial: 285e184-8943-44b-8899772984d														
Número de serie: 00000000000000000000														
*De conformidad con los artículos 4 y 6 del, Decretos y 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, CP 06600 D.F. Tel. (55) 800 63 21 23 http://www.instituto-mexicano-del-seguro-social.gob.mx												

Página 1 de 1

Página 1 de 1

TRAMITE FINALIZADO