

Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social

Folio 1673115697862815076699

Fecha 07 de enero 2023, 12:22:07

Mediante el presente se hace constar la recepción de su solicitud de Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social.

Este documento únicamente es para efectos informativos, su inscripción se acreditará una vez realizado el pago respectivo en los términos establecidos.

Datos generales de Solicitante

Nombre	ESTHER MONTALVO TAVERA				
NSS	90068616748	CURP	MOTE860214MMCNVS09		
Fecha de Nacimiento	14/02/1986	Edad	36	Sexo	Mujer

Domicilio del Solicitante

Domicilio	Calle TRIGALES Num. 54 Num Int. Colonia VILLAS DE LA HACIENDA CP 52929
Delegación de Adscripción	ESTADO DE MEXICO ORIENTE
Subdelegación	TLALNEPANTLA DE BAZ

Del aseguramiento, forma y fecha de pago

Tipo de trámite	Inscripción Inicial
Modalidad	44 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
NRP	C5399999445
Tipo de Aseguramiento	Individual
Periodo de Aseguramiento	De 01/02/2023 a 28/02/2023
Cuota total a pagar	\$ 1,145.83
Forma de pago	Bimestral
Estatus del Trámite	Pendiente de Pago
Salario diario	\$ 207.44

Aplican llenado de cuestionario y tiempos de espera para recibir los servicios médicos, en términos de lo establecido en los Artículos 81,82,83 y 84 del RACERF.

Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social

Folio 1673115697862815076699

CUESTIONARIO MÉDICO INDIVIDUAL EN LA INCORPORACIÓN VOLUNTARIA AL RÉGIMEN OBLIGATORIO

CERTIFICACIÓN DE VIGENCIA

APLICACIÓN DE DISPOSICIONES SEÑALADAS EN LOS ARTÍCULOS 81, 82, 83 Y 84 DEL RACERF.

SI	NO
X	

TIPO DE CONTRATACIÓN Individual/colectiva	MODALIDAD	E. Y M.		R. T.		I.V.	RCV		
		P.E.	P.D.	P.E.	P.D.		R	C	V
	34 TRABAJADOR DOMÉSTICO	XX		XX		XX	XX	XX	XX
	35 PATRÓN PERSONA FÍSICA CON TRABAJADORES ASEG. A SU SERVICIO	XX		XX	XX	XX	XX		XX
	36 TRABAJADOR AL SERVICIO DE GOBIERNO DE LOS ESTADOS	XX							
	38 TRABAJADOR AL SERVICIO DE GOBIERNO DE LOS ESTADOS O MUNICIPIOS	XX		XX					
	42 TRABAJADOR DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS	XX		XX	XX	XX	XX	XX	XX
	43 INCORPORACIÓN VOLUNTARIA DEL CAMPO AL RÉGIMEN OBLIGATORIO	XX				XX	XX		XX
X	44 TRABAJADOR INDEPENDIENTE	XX				XX	XX		XX

R.T. RIESGO DE TRABAJO **EyM.** ENFERMEDADES Y MATERNIDAD I.V. INVALIDEZ Y VIDA R. RETIRO C. CESANTÍA EN EDAD AVANZADA V. VEJEZ
P.D. PRESTACIONES EN DINERO **P.E.** PRESTACIONES EN ESPECIE

HISTORIA DE HÁBITOS PERSONALES MARQUE CON UNA X (CON NUMERO EN SU CASO)

1.- ¿ REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA PERIÓDICA ? SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 2.- ¿ TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SI LA RESPUESTA ES SI: A.- ¿ CUANTAS COPAS POR SEMANA? _____ B.- ¿ DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO? _____	3.- ¿ FUMA CIGARRILLOS ? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SI LA RESPUESTA ES SI: A.- ¿ CUANTOS CIGARRILLOS AL DÍA? _____ B.- ¿ DESDE HACE CUANTO TIEMPO? _____ 4.- ¿ ACOSTUMBRA AUTOMEDICARSE ? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> 5.- ESTATURA: MAYOR DE 1.70 MTS PESO: ENTRE 50 Y 80 KG
---	--

Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social

Folio 1673115697862815076699

HISTORIA DE ENFERMEDADES MARQUE SI PADECE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES

1. ALERGIA O ASMA	<input type="checkbox"/>	9. REUMATISMO O ARTRITIS	<input type="checkbox"/>
2. ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA SANGRE	<input type="checkbox"/>	10. TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>
3. CÁNCER O TUMORES	<input type="checkbox"/>	11. ÚLCERA DEL ESTÓMAGO	<input type="checkbox"/>
4. DIABETES MELLITUS CON:		12. SIDA	<input type="checkbox"/>
A) INSUFICIENCIA RENAL	<input type="checkbox"/>	13. V.I.H. POSITIVO	<input type="checkbox"/>
B) RETINOPATÍA	<input type="checkbox"/>	14. ENFERMEDADES CONGÉNITAS (DE NACIMIENTO)	<input type="checkbox"/>
C) NEUROPATÍA	<input type="checkbox"/>	15. BRONQUITIS CRÓNICA	<input type="checkbox"/>
D) INSUFICIENCIA	<input type="checkbox"/>	16. ACCIDENTE VASCULAR O EMBOLIA	<input type="checkbox"/>
E) NINGUNA DE LAS ANTERIORES	<input checked="" type="checkbox"/>	17. DEFORMACIONES O LIMITACIONES DE MOVIMIENTO POR ACCIDENTES O ENFERMEDADES	<input type="checkbox"/>
5. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	18. ALCOHOLISMO ADICTIVO (FRECUENTE)	<input type="checkbox"/>
6. ENFERMEDADES DEL HÍGADO	<input type="checkbox"/>	19. ADICCIÓN POR SUSTANCIAS TÓXICAS (FRECUENTE)	<input type="checkbox"/>
7. ENF. NERVIOSAS O PSIQUIÁTRICAS CRÓNICAS	<input type="checkbox"/>		
8. PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/>		

Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social

Folio 1673115697862815076699

REQUISITOS PARA RECIBIR SERVICIO MÉDICO

1.-Presentarse en la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde, con la copia del cuestionario médico, y solicite su registro como derechohabiente para cada uno de los familiares inscritos, se les proporcionará su Cartilla Nacional de Salud.

CONDICIONES

Lea cuidadosamente lo siguiente:

- 1.- No procede la contratación de la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio, para el integrante del núcleo familiar asegurado que al llenar la solicitud de inscripción, padece alguna de las enfermedades contenidas en el presente cuestionario médico.
- 2.- El seguro será cancelado cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social diagnostique alguno de estos padecimientos y se precise que es preexistente, durante el primer año de vigencia de su inscripción en la Incorporación Voluntaria al Régimen
- 3.- En todos los casos, cuando se presente la situación arriba mencionada, no habrá devolución de cuota.
- 4.- En todos los casos, perderá el seguro únicamente quien presente el padecimiento, manteniéndose el aseguramiento para el resto de la familia inscrita.
- 5.- Todos los miembros del núcleo familiar asegurado deberán presentarse a revisión médica durante los primeros seis meses de su aseguramiento.
- 6.- Declaro decir la verdad en el presente cuestionario y estoy de acuerdo, en caso de haber faltado a la misma, que sea cancelado el seguro, el aseguramiento del miembro o miembros que hubieran incurrido en falsedad, sin responsabilidad para el Instituto Mexicano del Seguro Social.**

ACEPTO LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS

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.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Beneficiarios

Para el caso de beneficiarios, se deberá acudir a la Unidad de Medicina Familiar, para que previo cumplimiento de los requisitos, y llenado de cuestionario, se realice el registro correspondiente.

Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social

Folio 1673115697862815076699

Cadena original: ||Invocante:portalimssdigital|Trámite:INCORPORACIÓN VOLUNTARIA AL RÉGIMEN OBLIGATORIO|Fecha:07 de enero 2023, 12:22:07|Folio:1673115697862815076699|NRP:C5399999445|RFC:MOTE860214JQ0|Nombre o Razón Social:ESTHER MONTALVO TAVERA|CURP:MOTE860214MMCNVS09|NSS:90068616748||

Sello digital: qcVKd6K+EzocTsRgDrhc03j8NcvgtGg8krjqTfLNceF3a8qvQ/MWYITSmErTWo7iO/eiGi2Kp4T7BXnPwuOExCqbi+/SJ3irI4OavDEiApdFa+55KPwKVxCUGkERHkFB63yBksG+A/Wml0Lq+YLSHoQKsi5DXjPdJ/O8vlixJbPCvWrw7C9SBpyvJZa/D4Fd5KBsgYJ3e4w/Vn8xt4beAmfKhzyKHp7ExZ6UxE5OfmAEI+qjBBjMRJa1neWkRqWjPaKrXHNcbym6DCX/zUtBAQCvc7G0y5Ei8U9sGgNwe7sXO5yo3hCOpN6DUedlsA2WwYJHx8h0Zt9Im+iBB/g==

Secuencia notarial: 6e9fa907-5bef-4e97-8afe-294e11589c22

Número de Serie: 000000000000000001