



Universidad Veracruzana

# ***Seguro Facultativo***

## ***Alta de Clínica en línea***

### **Requisitos:**

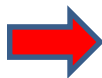
**CURP**

**Código Postal de tu domicilio**

**Correo electrónico personal**

**Ingresar:**

**https://imss.gov.mx/imssdigital**



Accesibilidad

GOBIERNO DE MEXICO

Trámites Gobierno

IMSS Inicio Conoce al IMSS IMSS Transparente Directorio Contacto ciudadano

Escritorio Virtual

Trámites y Servicios Digitalizados

Patrones Derechohabientes

### Altas, Inscripciones o Registros

Agendar Cita Médica +

Iniciar trámite ▶

Alta en Clínica o UMF +  
(Alta en Clínica de Adscripción o Unidad de Medicina Familiar)

Si eres asegurado(a) vigente o pensionado(a), puedes registrarte en la Clínica o Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS que te corresponda, para recibir los servicios médicos del Instituto.

Requisitos: CURP, Código Postal de tu domicilio y correo electrónico personal.

Iniciar trámite ▶

Beneficios para ti

- Ahorra tiempo
- Evita filas
- Accesa 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 otorgar servicios digitales en calidad  
RECONOCIMIENTO  
IMSS

Activar Windows  
Ve a Configuración para activar Windows.

https://imss.gov.mx/prensa/archivo/201712/386

## Alta en clínica o UMF con CURP



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.](#)

NSS\*:

¿No te sabes tu NSS? [Consúltalo aquí.](#)

Correo electrónico\*:

Confirma tu correo electrónico\*:

Escribe las letras de la imagen que se muestra\*: 

**Llenar los datos  
solicitados**

\*Campos obligatorios.

[Aviso de privacidad](#)



Activar Windows  
Ve a Configuración para activar Windows.



Luzio®

Trámites > Alta en clínica o UMF con CURP

## Alta en clínica o UMF con CURP

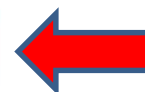
**Bienvenido:** [Salir](#)  
RARJ040626MVZMSLA6  
JULIA HIROMI RAMIREZ RASGADO



### Datos del domicilio

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

Código Postal \*:



\*Campos obligatorios.



Luzio®

Paso 1  
Iniciar

Paso 2  
Capturar dirección

Paso 3  
Seleccionar clínica



Trámites Gobierno



### Datos del domicilio

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

Código Postal \*:

96350

Limpiar

Buscar

Estado:

VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE

Municipio o Alcaldía:

COSOLEACAQUE

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\*:

UMF 052 MINATITLAN

Turno\*:

MATUTINO

Consultorio:

1

**Desplegar el combo, elegir la clínica, así como el turno**

Datos de la clínica seleccionada:

**Dirección UMF 052 MINATITLAN:**

CALLE 6 Y CALLE 10 COL. EL NARANJITO C.P. 96340  
MINATITLÁN MINATITLÁN VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE

**Horarios**

Turno matutino : No disponible  
Turno vespertino : No disponible

\*Campos obligatorios.

Cancelar

Continuar

**Llenar los datos solicitados**

**El número de consultorio se asigna en automático**



Luzio®

Paso 1  
Iniciar

Paso 2  
Capturar dirección

Paso 3  
Seleccionar clínica

## Confirmar datos

Accesibilidad

GOBIERNO FEDERAL  
SECRETARÍA DE SALUD HUMANAS

Trámites Gobierno

### Datos del domicilio

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

Código Postal \*: 96350

Estado: VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE Municipio o Alcaldía: COSOLEACAQUE

Selecciona tu colonia \*: Primero

Calle\*: MIGUEL ALEMAN Número interior:

### Datos de adscripción

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

Clinica o UMF\*: UMF 052 MINATITLAN

Turno\*: MATUTINO

Consultorio: 1

**Confirmación requerida**

Los datos ingresados son los siguientes:  
UMF: UMF 052 MINATITLAN  
Turno: MATUTINO  
Consultorio: 1

**Dirección UMF 052 MINATITLAN:**  
CALLE 6 Y CALLE 10 COL. EL NARANJITO C.P. 96340  
MINATITLÁN MINATITLÁN VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE  
**Horarios**  
Turno matutino : No disponible  
Turno vespertino : No disponible

\*Campos obligatorios.



Trámites > Alta en clínica o UMF con CURP

## Alta en clínica o UMF con CURP

Bienvenido:  
RARJ040626MVZMSLA6

Salir

Paso 1  
Iniciar

Paso 2  
Capturar dirección

Paso 3  
Seleccionar clínica

Paso 4  
Trámite finalizado



Haz finalizado tu trámite con éxito



Estos son los datos de tu trámite en línea:

[Imprimir comprobante](#) 

Folio	Fecha y hora	Clínica asignada	Dirección de la clínica o UMF	Turno	Consultorio
1663855850303763213675	22/09/2022 09:10 AM	UMF 052 MINATITLAN	CALLE 6 Y CALLE 10 COL. EL NARANJITO C.P. 96340 MINATITLÁN MINATITLÁN VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	MATUTINO	1

 Dirección UMF




Luzio®





# Comprobante





MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA





IMSS

Folio: 1663855850303763213675

### ACUSE DE RECIBO REGISTRO ASEGURADO

**Fecha:** jueves 22 de septiembre de 2022.  
Mediante el presente se hace constar la realización del trámite de REGISTRO ASEGURADO correspondiente a:

**CURP:** RARJ040626MVZMSLA6  
**NOMBRE:** [REDACTED]  
**FECHA DE REGISTRO:** 22/09/2022 09:10  
**NBB:** 64190453437

**PARENTESCO:** ASEGURADO  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 06/26/2004  
**SEXO:** Mujer  
**DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN:** VERACRUZ SUR  
**UMF DE ADSCRIPCIÓN:** UMF 052 MINATITLAN  
**CONSULTORIO:** 1  
**TURNO:** MATUTINO

**DOMICILIO ACTUALIZADO:**  
**CALLE:** [REDACTED] **NÚMERO INTERIOR:**  
**NÚMERO:** 32  
**COLONIA:** [REDACTED]  
**DELEGACIÓN O MUNICIPIO:** COSOLEACAQUE  
**ENTIDAD FEDERATIVA:** VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE  
**CÓDIGO POSTAL:** 96350

**MEDIOS DE CONTACTO:**  
**TELÉFONO FIJO:** [REDACTED] **TELÉFONO CELULAR:**  
**CORREO ELECTRÓNICO:** [REDACTED] **TWITTER:**  
**FACEBOOK:** [REDACTED]

**Este trámite fue realizado por:**  
**NOMBRE:** [REDACTED]  
**CURP:** [REDACTED]  
**NBB:** 64190453437

**Cadena original:** [url] [hash]  
**Texto digital:** [hash]  
**Fecha y hora de emisión:** [date] [time]  
**Módulo de Emisión:** [module]

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN COMPROBANTE Página 1 de 1

### Siguientes pasos:

Imprime los documentos generados y preséntate directamente en tu consultorio asignado.

#	Documento		
1	CARTILLA NACIONAL DE SALUD	 <a href="#">Imprimir</a>	 <a href="#">Descargar</a>
2	SAV 002	 <a href="#">Imprimir</a>	 <a href="#">Descargar</a>

### Servicios digitales relacionados:

- Registro de hijos
- Cambio de clínica
- Consulta tu vigencia de derechos

 Salir del trámite



## Anexos 2 y 3

Se sugiere tenerlos impresos y portarlos por cualquier eventualidad, así como un número de contacto de emergencias.



Luzio®

## Anexo 2



No. SEG SOCIAL: AGREGADO MEDICO 6419045343 - 7 1F2004ES		Fotografía
<b>IDENTIFICACIÓN:</b>		
NOMBRE: _____		
UNIDAD MÉDICA: UMF 052	HORARIO: M	
CONSULTORIO No. 01		
<b>DATOS GENERALES:</b>		
CURP: RARJ040626MVZMSLA6	EDAD: 018	
DOMICILIO: _____		
CALLE Y NÚMERO		
COLONIA PRIMERO,		
COLONIA / LOCALIDAD	DELEGACIÓN/ MUNICIPIO	
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE		
ENTIDAD FEDERATIVA		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		
CIUDAD / POBLACIÓN	DELEGACIÓN/ MUNICIPIO	
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	26	06 2004
ENTIDAD FEDERATIVA	DIA	MES AÑO

**Cadena original:** [Invocante por salmas digital] Tipo de tramite REGISTRO ASEGURADO Fecha 23 de septiembre 2022 09:10:50 Follo: 1663865850303763213675 Nombre o Razon Social: JULIA HIROMI RAMIREZ RASGADO CURP: RARJ040626MVZMSLA6 [Número de Seguridad Social: 64190453437]

**Sello digital:** [Hash: 477e9890-9-61-4932-9d1e-6941-ba16c41aa]

**Secuencia notarial:** [Secuencia: 00000000000000000001]

**Número de serie:** [Número: 00000000000000000001]

Más vale PREVENIMSS  
Estimada y estimado derechohabiente, el Instituto Mexicano del Seguro Social le da la cordial bienvenida al incorporarse a los servicios de salud que procuran su bienestar y el de su familia.  
En su primera visita a la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde, lo invitamos a que acuda al Módulo PREVENIMSS, donde de acuerdo a su grupo de edad y sexo le realizaremos las actividades preventivas necesarias para el cuidado de su salud, así como consejos para llevar un estilo de vida activo y saludable.



## Cartilla Nacional de Salud

# Anexo 3



**gob.mx**

**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	Clínica	Datos del asegurado	
01		NSS: 6419045343 - 7	
Modalidad	UMF 052	CURP: RARJ040626MVZMSLA6	
32		Nombre:	
Nombre(s) primer apellido y segundo apellido del Beneficiario		Agregado de Identidad	Mes de nacimiento
		01220047	06

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 64 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 controlar, registrar, ordenar y validar los datos de los derechohabientes del Instituto (asegurado y sus beneficiarios), el cual fue registrado en el Estado de Sistema de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (www.inaoi.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 en la Unidad de Medicina Familiar o la Subdelegación de control del domicilio del asegurado. La anterior se informa en cumplimiento del Demosiglograma de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2015.

**COSELCAEQUA VERACRUZ DE IGNACIO**  
22 SEPTIEMBRE 2022

Firma del asegurado

Lugar y fecha

**TRÁMITE CONCLUIDO FIRMADO POR EL IMSS.**

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, aprobando que de conformidad con el artículo 314 de la Ley del Seguro Social, se me reparará 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, falsificación 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:**

<input type="radio"/> IMSS-02-066-A	<input type="radio"/> IMSS-02-066-B	<input type="radio"/> IMSS-02-066-C	<input type="radio"/> IMSS-02-066-D	<input type="radio"/> IMSS-02-066-E
<input type="radio"/> IMSS-02-066-F	<input type="radio"/> IMSS-02-066-G	<input type="radio"/> IMSS-02-066-H	<input type="radio"/> IMSS-02-066-I	<input type="radio"/> IMSS-02-066-J
<input type="radio"/> IMSS-02-066-K	<input type="radio"/> IMSS-02-066-L	<input type="radio"/> IMSS-02-066-M	<input type="radio"/> IMSS-02-066-N	<input type="radio"/> IMSS-02-066-O

**Cadena original:** [Iniciar para más detalles] Tipo de trámite: REGISTRO ASEGURADO Fecha: 22 de septiembre 2022, 09:30:50 [Info] 164.38.58.50:303763213673 Nombre o Razón Social: SUSA VERACRUZ RAMIREZ RASCAGUACUOPASBAMONCUMZMLA/Nombre de Seguridad Social: 6419045343

**Sello digital:** K5ygo2CkVW0BDWY1v7c7CSiDvmbaCJdJLx7ac7MMSL8c3yW+Zqg7fMwVx2cBZL8K/PVlady7Bw07D77Zoc4k00K2u7CJ2d8hAuX+dHtdo8Np97N8M8D7u5wKd79279p0tL8J3X344v032T278v8u8Ua/PW8v3uJd0v0K2C1Bumw84W8P9P2C0u2k4dgr8K7TDN8ET8Cz0CQHPHQB86dGcYc3QCzL2N8u0y5f8K21j8CzqP7Qm14emAM8FvCDNH+vZx8ZuF8PmPmnef8q2j8r511DCUBA=

**Secuencia notarial:** 4758d90-9451-4932-a84b-89418a254f2a

**Número de serie:** 00000000000000000001

Se conformará con la sección 4 y 6 del Artículo 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:**  
Calle de la Reforma 476, P.B.  
Cuauhtémoc, C.P. 64000 P.  
Tel: 01 (985) 913 13 13  
http://www.imss.gob.mx/coma

## Solicitud de registro o aviso de baja de beneficiario