|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales** | |
| **Nombre del Departamento:** | AFILIACION |
| **Nombre del responsable:** | PROFRA. ELVIRA HERNANDEZ PEREZ |
| **Teléfono:** | 4380450 4380451 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | Afilia1234@hotmail.com |
| **Horario de atención** | |
| **Horario en que atiende:** | 8:00 am a 8:00 pm |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Alta asegurado |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de afiliación |
| **Requisitos:** | * Llenar la Cédula de Registro * Acta de nacimiento (original y copia) * 2 fotografías tamaño infantil * CURP * Tipo de sangre |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente el asegurado |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | * Cédula de Registro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Alta beneficiarios menores de 18 años |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de afiliación |
| **Requisitos:** | * Estar incluidos en la Cédula de Registro * Acta de nacimiento (original y copia) * 2 fotografías tamaño infantil * CURP * Tipo de sangre |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente el asegurado |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | -Cédula de Registro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Alta de Esposo ó Esposa |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de afiliación y dpto. de Trabajo Social |
| **Requisitos:** | * Estar incluido(a) en la Cédula de Registro * Acta de nacimiento (original y copia) * Acta de matrimonio (original y copia) * 2 fotografías tamaño infantil * CURP * Tipo de sangre * Carta de **NO** afiliación a otra institución de seguridad social |
| **Tiempo de respuesta:** | De 15 a 20 días |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente el asegurado |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | * Cédula de registro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Alta beneficiarios mayores de 18 años hasta 24 años 11 meses |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de afiliación |
| **Requisitos:** | * Estar incluidos en la Cédula de Registro * Acta de nacimiento (original y copia) * Constancia de estudios o recibo de inscripción (original y copia) * 2 fotografías tamaño infantil * CURP * Tipo de sangre |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente el asegurado |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | * Cédula de Registro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Alta Concubina (o) |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de afiliación y dpto. Trabajo Social |
| **Requisitos:** | * Estar incluida(o) en la Cédula de Registro * Acta de nacimiento (original y copia ) * Jurisdicción voluntaria expedida por un Juez * 2 fotografías tamaño infantil * CURP * Tipo de sangre * Estudio socioeconómico * Carta de **NO** afiliación a otra institución de seguridad social |
| **Tiempo de respuesta:** | De 15 a 20 días |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente el asegurado |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | * Cédula de Registro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Cambio de HIJO-E a CAPACIDADES DIFERENTES |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de afiliación y dpto. Trabajo Social |
| **Requisitos:** | * Estar incluidos en la Cédula de Registro * Acta de nacimiento * 2 fotografías * CURP * Tipo de sangre * Dictamen Médico actualizado, expedido por la Clínica del Magisterio * Estudio socioeconómico |
| **Tiempo de respuesta:** | De 3 semanas a 1 mes |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente el asegurado |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | * Cédula de Registro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Refrendo de credenciales de estudiantes |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de Afiliación y dpto. de Trabajo Social |
| **Requisitos:** | * Presentar la credencial vencida * Constancia de estudios o recibo de inscripción (actualizada)   **En el caso de las estudiantes embarazadas y solteras:**   * Estudio socioeconómico * Constancia de soltería, expedida por la Dirección Estatal del Registro Civil |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato y de 3 semanas a 1 mes para estudiantes embarazadas |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente el asegurado |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Duplicado de credenciales |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de afiliación |
| **Requisitos:** | * Recibo de caja por $65   Si es estudiante:   * Constancia de estudios * 1 fotografía reciente |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Asegurado ó beneficiario |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Alta beneficiarios recién nacidos |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de afiliación |
| **Requisitos:** | * Estar incluidos en la Cédula de Registro * Acta de nacimiento (original y copia) * Certificado de nacimiento (Copia) * 2 fotografías tamaño infantil * CURP * Tipo de sangre |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente el asegurado |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | * Cédula de Registro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Alta Beneficiarias (Viudas) |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de afiliación |
| **Requisitos:** | * Llenar la Cédula de Registro * Acta de nacimiento (original y copia) * 2 fotografías tamaño infantil * CURP * Tipo de sangre * Último talón de pago |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente la beneficiaria (Viuda) |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | * Cédula de Registro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Alta Beneficiarios Directos, padres de solteros |
| **Horario de atención:** | 8:00 am a 8:00 pm |
| **Lugar de atención:** | Departamento de Afiliación y dpto. de Trabajo Social |
| **Requisitos:** | * Estar incluidos en la Cédula de Registro * Acta de nacimiento (original y copia) * 2 fotografías tamaño infantil * CURP * Tipo de sangre * Estudio socioeconómico * Jurisdicción Voluntaria expedida por un Juez * Carta de NO afiliación a otra institución de seguridad social |
| **Tiempo de respuesta:** | 3 semanas a 1 mes |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Únicamente el asegurado |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | * Cédula de Registro |