



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SERVICIOS DE AFILIACIÓN VIGENCIA DE DERECHOS
AVISO DE CAMBIO DE CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN

S.A.V. 005

CLÍNICA		SUBDELEGACIÓN DE DESTINO	C.U.R.P.	No. DE SEGURIDAD SOCIAL
ANTERIOR	ACTUAL			
UMF 041	UMF 062	TLALNEPANTLA DE BAZ	VAR5770406MVZLDN02	0105770034 - 4

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
VALDEZ	RODRIGUEZ	SANTA

DOMICILIO ACTUAL (CALLE, NÚMERO, COLONIA Y C.P.)
CALLE 10MA CDA DE AMEYALLI EXT 10 EDIF C MZ 20 , LT 15 , , COLONIA EL DORADO, C.P. 54696

TIPO DE CAMBIO: PARCIAL ☐ TOTAL ☒

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	CURP	AGREG. IDENT.	DIG. VER.	MES NAC.
SANTA VALDEZ RODRIGUEZ	VAR5770406MVZLDN02	0121977	3	04

REGISTRO PATRONAL	ÚLTIMO MOVIMIENTO	FECHA
C361204410	7	01-01-2019

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 Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.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 Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

HUEHUETOCA, MÉXICO

PAVE800816HDFTZM09

19 FEBRERO 2019

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL
EMPLEADO

FIRMA DEL ASEGURADO

Santa Valdez Rodriguez