|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre del Departamento:** | AFILIACION |
| **Nombre del responsable:** | PROFRA. ELVIRA HERNANDEZ PEREZ |
| **Teléfono:** | (844) 4380471 / (844) 4380440 Ext. 99102 / 99271 |
| **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
 |