

DOF: 03/03/2022

ACUERDO número ACDO.AS2.HCT.260122/12.P.DIR, dictado por el H. Consejo Técnico en sesión ordinaria de 26 de enero de 2022, por el cual se aprobaron los plazos máximos de resolución y vigencia, así como los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar a los trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, así como su Anexo Único.

**Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBIERNO DE MÉXICO.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría del Honorable Consejo Técnico.**

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 26 de enero del presente año, dictó el Acuerdo **ACDO.AS2.HCT.260122/12.P.DIR**, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 15, 15-A, 73, 75, 251, fracciones IV, VIII, X, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII de la Ley del Seguro Social; 84 de la Ley General de Mejora Regulatoria; 57 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracciones II y XX del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, por conducto de la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, en términos del oficio 04 de fecha 21 de enero de 2022; así como del dictamen del Comité del mismo nombre del propio Órgano de Gobierno, emitido en reunión celebrada el día 19 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.-** Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia, así como los datos y los documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar a los trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, los cuales se describen en el Anexo Único del presente Acuerdo. **Segundo.-** Aprobar los formatos Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio' y Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio', los cuales se acompañan al presente Acuerdo. **Tercero.-** Aprobar que los trámites referidos puedan gestionarse de manera electrónica, siempre que el Instituto ponga a disposición de los interesados las herramientas tecnológicas necesarias para realizarlos por dicha vía y una vez que los trámites cumplan con los medios de identificación y autenticación que el Instituto señale en las reglas de carácter general que expedirá para tal efecto, en términos del artículo 69-C de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. **Cuarto.-** Dejar sin efecto los siguientes trámites previsto en el Acuerdo ACDO.SA1.HCT.230713/202.P.DIR y sus anexos, dictado por el H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria celebrada el 23 de julio de 2013: **(i)** Solicitud de Inscripción en la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio; **(ii)** Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social (Trabajador doméstico; Patrón persona física con trabajadores asegurados a su servicio; Trabajadores no asalariados del ámbito urbano, y Trabajadores no asalariados del campo); **(iii)** Incorporación al Seguro de Salud para la Familia. **Quinto.-** Autorizar a la Dirección General, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, para que, en caso de considerarlo conveniente en el futuro, modifique los términos señalados para la presentación y resolución de los trámites que se señalan en el Anexo Único de este Acuerdo, mediante acuerdos generales publicados en el Diario Oficial de la Federación, siempre que dichas modificaciones versen sobre la simplificación o fusión de los formatos correspondientes; el establecimiento de plazos de respuesta menores; exenciones a presentar los datos de información y documentos especificados, cuando el Instituto pueda obtenerlos por otra vía, o cualquier otra modificación que implique una carga administrativa menor para los particulares, en términos del artículo 84 de la Ley General de Mejora Regulatoria. **Sexto.-** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación para que, por conducto de la persona Titular de la Unidad de Incorporación al Seguro Social, resuelva las dudas o formule las aclaraciones que las unidades administrativas del Instituto presenten o soliciten con motivo de la aplicación del presente Acuerdo. **Séptimo.-** Instruir a la Dirección Jurídica para que, previa resolución de la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, realice los trámites necesarios para la publicación del presente Acuerdo y su respectivo Anexo en el Diario Oficial de la Federación. **Octavo.-** El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. **Noveno.-** Solicitar a la Unidad de Integridad y Transparencia que, en términos del artículo 13 de la Ley General de Mejora Regulatoria, realice las acciones necesarias ante la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, para la actualización de la información inscrita en el Catálogo Nacional de Regulaciones, Trámites y Servicios respecto de los trámites que se señalan en el Anexo Único del presente Acuerdo".

Atentamente,

Ciudad de México, a 26 de enero de 2022.- Secretario General, Lic. **Marcos Bucio Mújica**.- Rúbrica.

#### ANEXO ÚNICO

<b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b> 3.- Solicitud de inscripción en la continuación voluntaria en el régimen obligatorio
<b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b> 5 días hábiles.
<b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b> 2 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b> La inscripción termina por: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Declaración expresa firmada por el asegurado.</li><li>2. Que el asegurado deje de pagar las cuotas durante dos meses.</li><li>3. Que el asegurado sea dado alta o haya reingresado al régimen obligatorio.</li></ol>

**DATOS****Datos generales del patrón o sujeto obligado**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Número de Seguridad Social.
3. Correo electrónico.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente original y copia.
2. Escrito libre solicitando la inscripción en la continuación voluntaria en el régimen obligatorio, con firma autógrafa o huella digital. Original y Copia.
3. Comprobante de domicilio. Original y Copia.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

14. Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social

Patrón Persona Física con trabajadores asegurados a su servicio

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 año.

**DATOS****Del Patrón Persona Física con trabajadores asegurados a su servicio:**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Número de Seguridad Social.
3. Correo electrónico
4. En su caso, datos para responder cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.

**DOCUMENTOS****Del Patrón Persona Física con trabajadores asegurados a su servicio:**

1. Identificación oficial vigente. Original y Copia.
2. Comprobante de domicilio. Original y Copia.

Trabajadores no asalariados del ámbito urbano

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 año.

**DATOS**

**Del trabajador no asalariado del ámbito urbano:**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Número de Seguridad Social.
3. Correo electrónico
4. En su caso, datos para responder cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.

**DOCUMENTOS**

**Del trabajador no asalariado del ámbito urbano:**

1. Identificación oficial vigente. Original y Copia.
2. Comprobante de domicilio. Original y Copia.

Trabajadores no asalariados del campo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 año.

**DATOS**

**Del trabajador no asalariado del campo**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Número de Seguridad Social.
3. Correo electrónico.
4. En su caso, datos para responder cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.

**DOCUMENTOS**

**Del trabajador no asalariado del campo**

1. Identificación oficial vigente. Original y Copia.
2. Comprobante de domicilio. Original y Copia.

**NOMBRE DEL TRÁMITE:**

15.- Incorporación al Seguro de Salud para la Familia

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 año.

**DATOS****Del Solicitante y de sus familiares a asegurar:**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP), por cada integrante del grupo familiar.
2. Número de Seguridad Social, por cada integrante del grupo familiar.
3. Correo electrónico.
4. Responder el cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, **cuando aplique**.

**DOCUMENTOS****Del Solicitante y de sus familiares a asegurar:**

1. Identificación oficial vigente del titular del grupo familiar, original y copia.
2. Comprobante de domicilio del titular del grupo familiar, original y copia.

**Tratándose de mexicanos que laboran en el extranjero que decidan ser inscritos por algún representante, además:**

1. Carta poder simple que lo designe como representante, copia y original para su cotejo.
2. Identificación Oficial, copia y original para su cotejo.

Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio

Homoclave del formato	Folio
ARP-PF	
Fecha de publicación del formato en el DOF	
DD / MM / AAAA	

Fecha de presentación de este aviso:	DD / MM / AAAA	Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento:	DD / MM / AAAA
--------------------------------------	----------------	--	----------------

Datos generales del patrón o sujeto obligado		
Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre comercial:		
CURP:	RFC:	

Domicilio fiscal		
Calle:	Número exterior:	Número interior:
<small>(Presencia: Avon de las Puercas S.A., Boulevard Adolfo Camacho, Ceceles, Coahuila de Zaragoza)</small>		
Entre que calles:	Calle posterior:	
Colonia:	Localidad:	
<small>(Presencia: Andrés Bello, Barzandil, Uruapan, Michoacán de Ocampo, San Luis Potosí)</small>		
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:
Teléfono fijo (lada y número):	Teléfono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:		

Representante legal		
Presenta poder:	SI	<input type="checkbox"/>
Nombre (s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada, número y ext.):	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:		

Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal

Domicilio		
Calle:	Número exterior:	Número interior:
<small>(Presencia: Avon de las Puercas S.A., Boulevard Adolfo Camacho, Ceceles, Coahuila de Zaragoza)</small>		

  	<p><b>Contacto:</b>                  Paseo de la Reforma 425, P.B.                  C.P. 06002 Ciudad de México                  C.F. 02999 02100                  Tel. 565 625 25 23  <a href="http://www.imss.gob.mx/registro">http://www.imss.gob.mx/registro</a></p>
---	--

Calle anterior		Calle posterior	
Colonia: <small>(Por favor, no escriba: Urbanización, Barrio, Condominio, Sector, etc.)</small>		Localidad:	
Municipio o Delegación		Estado o Distrito Federal	Código postal
Teléfono fijo (lada y número)		Teléfono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:			

**Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)**

**Persona autorizada 1**

Nombre (s):		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
RFC:			CURP:		
Teléfono fijo (lada y número):		Ext.	Teléfono móvil:		
Correo electrónico:					

**Persona autorizada 2**

Nombre (s):		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
RFC:			CURP:		
Teléfono fijo (lada y número):		Ext.	Teléfono móvil:		
Correo electrónico:					

**Persona autorizada 3**

Nombre (s):		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
RFC:			CURP:		
Teléfono fijo (lada y número):		Ext.	Teléfono móvil:		
Correo electrónico:					

**Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón**

Especificar su giro:

Empresa de servicios especializados o de ejecución de obras especializadas:  No  Sí

**Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de**

De conformidad con la información que se declara y con fundamento en los artículos 72, 73 y 75 de la Ley del Seguro Social y los artículos 1 fracción IV, 3, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30 y 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de

Clasificación	Clave	Descripción
División:		
Grupo:		
Fracción:		
Clase de riesgo:		Prima media del SRT:

Datos de la actividad económica que declaró

Principales productos elaborados o servicios prestados


Principales materias primas y materiales utilizados


Maquinaria y equipo utilizado [excepto equipo de transporte]

Número de Unidades	Nombre	Uso	No motorizados/ Motorizados no automatizados/ Automatizados/	Capacidad o Potencia

Equipo de transporte utilizado

Número de Unidades	Nombre	Uso	Combustible o energía	Capacidad o Potencia

**Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado**

Procesos iniciales (descripción):

Procesos intermedios (descripción):

Procesos finales (descripción):

**Personal**

No. de trabajadores	Oficio u ocupación	No. de trabajadores	Oficio u ocupación

**Actividades complementarias a la principal**

Distribución o entrega de mercancías

- Con transporte propio
- Con transporte ajeno
- No distribuye, ni entrega

Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

Firma del patrón y acuse de recibo

Firma del patrón o de su representante legal	(Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)		
<p>Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos:</p> <hr/> <p><b>Nombre y firma del patrón o de su representante legal</b></p> <p>En su caso, firma electrónica conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p>	<b>Registro patronal:</b>	<p>Conforme a lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, es obligación del patrón comunicar al Instituto, en un plazo no mayor a cinco días hábiles, cualquier circunstancia que modifique los datos proporcionados al Instituto incluyendo aquellos que modifiquen la actividad.</p>	
	Delegación		
	Subdelegación:		
Matrícula del empleado			

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-001-A
- IMSS-02-001-B
- IMSS-02-001-F



GOBIERNO DE MÉXICO



**Contacto:**

Edificio 7 Polanco 471, P.B.  
Col. Jardines del Bosque  
C.P. 06500, CDMX  
Tel: 000 52 55 23 25  
Hip: www.imss.gob.mx/contacto

Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio

Homoclave del formato	Folio
ARP-PM	
Fecha de publicación del formato en el DOF	
DD / MM / AAAA	

Fecha de presentación de este aviso: DD / MM / AAAA	Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento: DD / MM / AAAA
---	---

Datos generales del patrón o sujeto obligado

Denominación o razón social:	
Nombre comercial:	
Tipo de sociedad:	RFC:

Domicilio fiscal

Calle:	Número exterior:	Número interior:
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Adolfo Camacho, Calles, Carretera, etc.)</small>		
Entre que calles:	Calle posterior:	
Colonia:	Localidad:	
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Ilceaga, Fraccionamiento Sector 6, etc.)</small>		
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:
Teléfono fijo (lada y número):	Teléfono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:		

Escritura constitutiva

Número de escritura:	Número de notaría o correduría:	Lugar y fecha de expedición: DD MM AAAA
----------------------	---------------------------------	---

Registro de sindicato

Número de referencia del documento de registro:	Fecha del documento de registro: DD MM AAAA	Autoridad laboral que otorgó el registro:
---	---	---

Representante legal

Presenta poder: Si <input type="checkbox"/>		
Nombre (s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext:	Teléfono móvil:
Correo electrónico :		

Socios (hasta 4)

Socio 1

Nombre(s) y/o denominación o razón social:		Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:		CURP:	
Teléfono fijo(lada y número):	Ext.	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:			
Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calles, Corredor, etc.)</small>		Número exterior:	Número interior:
Colonia: <small>(Por ejemplo Anillo del Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sector, etc.)</small>		Localidad:	
Municipio o Delegación:		Estado o Distrito Federal:	Código postal:

Socio 2

Nombre(s) y/o denominación o razón social:		Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:		CURP:	
Teléfono fijo(lada y número):	Ext.	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:			
Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calles, Corredor, etc.)</small>		Número exterior:	Número interior:
Colonia: <small>(Por ejemplo Anillo del Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sector, etc.)</small>		Localidad:	
Municipio o Delegación:		Estado o Distrito Federal:	Código postal:

Socio 3

Nombre(s) y/o denominación o razón social:		Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:		CURP:	
Teléfono fijo(lada y número):	Ext.	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:			
Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calles, Corredor, etc.)</small>		Número exterior:	Número interior:
Colonia: <small>(Por ejemplo Anillo del Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sector, etc.)</small>		Localidad:	
Municipio o Delegación:		Estado o Distrito Federal:	Código postal:

Socio 4

Nombre(s) y/o denominación o razón social:		Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:		CURP:	
Teléfono fijo(lada y número):	Ext.	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:			
Calle: <small>(Por ejemplo Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calles, Corredor, etc.)</small>		Número exterior:	Número interior:
Colonia: <small>(Por ejemplo Anillo del Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sector, etc.)</small>		Localidad:	
Municipio o Delegación:		Estado o Distrito Federal:	Código postal:

Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal

Domicilio

Calle: <small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Félix Cuevas, Calles, Carreón, etc.)</small>	Número exterior:	Número interior:
Entre que calles:	Calle posterior:	
Colonia: <small>(Por ejemplo: Ampliación, Jardín, Residencial, Jardín, Fraccionamiento, Sector, etc.)</small>	Localidad:	
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:
Teléfono fijo (lada y número):	Teléfono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:		

Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)

Persona autorizada 1

Nombre (s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext.:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		

Persona autorizada 2

	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext.:	
Correo electrónico:		

Persona autorizada 3

Nombre (s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext.:	
Correo electrónico:		

Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón

Especificar su giro:

Empresa de servicios especializados o de ejecución de obras especializadas:  No  Sí

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización

De conformidad con la información que se declara y con fundamento en los artículos 72, 73 y 75 de la Ley del Seguro Social y los artículos 1 fracción IV, 3, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 29, 30 y 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, manifiesto que este registro patronal tiene la siguiente clasificación:

Clasificación	Clave	Descripción
División:		
Grupo:		
Fracción:		
Clase de riesgo:		Prima media del SRT:

Datos de la actividad económica que declaró

Principales productos elaborados o servicios prestados


Principales materias primas y materiales utilizados


Maquinaria y equipos utilizados (excepto equipo de transporte)

Número de Unidades	Nombre	Uso	No motorizados / Motorizados no automatizados/ Automatizados / Otros	Capacidad o Potencia

Equipo de transporte utilizado

Número de Unidades	Nombre	Uso	Combustible o energía	Capacidad o Potencia

**Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado**

Procesos iniciales (descripción):

Procesos intermedios (descripción):

Procesos finales (descripción):

**Personal**

No. de Trabajadores	Oficio u ocupación	No. de Trabajadores	Oficio u ocupación

**Actividades complementarias a la principal**

Distribución o entrega de mercancías :

- Con transporte propio
- Con transporte ajeno
- No distribuye, ni entrega

Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

Firma del patrón y acuse de recibo

Firma del patrón o de su representante legal	(Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)	
<p>Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos:</p>          <hr/> <p><b>Nombre y firma del patrón o de su representante legal</b></p> <p>En su caso, firma electrónica conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social</p>	<b>Registro patronal:</b>	<p>Conforme a lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, es obligación del patrón comunicar al Instituto, en un plazo no mayor a cinco días hábiles, cualquier circunstancia que modifique los datos proporcionados al Instituto incluyendo aquéllos que modifiquen la actividad.</p>
	Delegación:	
	Subdelegación:	
	Matricula del empleado que recibe el formato:	

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-001-C
- IMSS-02-001-D
- IMSS-02-001-E
- IMSS-02-001-G