

# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## DEPARTAMENTO DE AFILIACION

### Confirmación del Aviso de Cambio de Salario

Número de la Tarjeta de Afiliación	Nombre completo del Asegurado (Apellidos Paterno y Materno y Nombre)	Clínica de Adscripción	Grupo de Salario	Fecha de Cambio de Salario		
				Día	Mes	Año
14489	51 REYES OCHOA ALFONSO		N	1	1	57

CUADRUPLICADO - CONFIRMACION AL PATRON

Número de la Tarjeta de Identificación	Patrón Nombre y Dirección			
103 293	EL COLEGIO DE MEX A C			K 13 457

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## DEPARTAMENTO DE AFILIACION

### Confirmación del Aviso de Baja

Número de la Tarjeta de Afiliación	Nombre completo del Asegurado (Apellidos Paterno y Materno y Nombre)	Clínica de Adscripción	Fecha de la Baja		
			Día	Mes	Año
14489	51 REYES OCHOA ALFONSO	1 N	27	12	59

CUADRUPLICADO-CONFIRMACION AL PATRON

Número de la Tarjeta de Identificación	Patrón Nombre y Dirección			
103 293	DURANGO # 93 MEXICO, D.F.			9 160

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DUPLICADO PARA EL PATRON NÚMERO DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL 1.- <b>13-293</b>	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> DEPARTAMENTO DE AFILIACION AVISO DE BAJA DE ASEGURADO	IMSS(3) FORMA No. 3 NÚMERO DE LA TARJETA DE AFILIACION 2.- <b>144-89-51</b>
3.- NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> <span>REYES</span> <span>OCHOA</span> <span>ALFONSO</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em; margin-top: 5px;"> <span>APELLIDO PATERNO</span> <span>APELLIDO MATERNO</span> <span>NOMBRE</span> </div>		
4.- <b>EL COLEGIO DE MEXICO, A. C.</b> <small>NOMBRE DEL PATRON</small> <b>DURANGO 93, MEXICO 7, D. F.</b> <small>UBICACION DEL CENTRO DE TRABAJO</small>		5.- <b>27 DE DICIEMBRE 1959</b> <small>FECHA DE LA BAJA (DIA MES AÑO)</small> <b>FALLECIMIENTO</b> <small>CAUSA DE LA BAJA</small>
<b>MEXICO, D. F., 30 DE DICIEMBRE 1959.</b> <small>LUGAR Y FECHA</small>  <small>FIRMA DEL PATRON O DE SU REPRESENTANTE</small>		
(PARA SER UTILIZADO EXCLUSIVAMENTE POR EL INSTITUTO)		
CRITICA	LOCALIZACION	CODIFICACION
PERFORACION	VERIFICACION	

FECHA Y HORA DE RECEPCION DE ESTE AVISO EN EL INSTITUTO

1959 DIC 31 11:01

DEPTO. AFILIACION