

FORMATO 5

Alta de obra ante IMSS

gob.mx

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

Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01)

Fecha de publicación del formato en el DOF		
31	/	07
DD		MM
/ 2015		
AAAA		

Fecha de solicitud del trámite		
	/	
DD		MM
/ AAAA		

(*) Datos Opcionales

Exclusivo IMSS		Marque con una "X" la causa de presentación de este aviso					
Tipo de	Clave Municipio:	A	<input checked="" type="checkbox"/>	Alta Patronal	B	<input type="checkbox"/>	Reanudación de actividades
Movimiento:	Causa:	C	<input type="checkbox"/>	Cambio domicilio o circunscripción	D	<input type="checkbox"/>	Cambio nombre o Razón Social
	Argumento:	E	<input type="checkbox"/>	Sustitución Patronal	F	<input type="checkbox"/>	Duplicidad
		G	<input type="checkbox"/>	Baja	H	<input type="checkbox"/>	Huelga
			<input type="radio"/>	Inicio		<input type="radio"/>	Termino
			<input type="radio"/>	Legal		<input type="radio"/>	Inexistente

Datos generales del Patrón o Sujeto Obligado

Nombre, denominación o razón social:			
En caso de persona física (sin abreviaturas):	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
RFC:		CURP	
		<small>(Sólo en caso de Persona Física)</small>	
Clase de riesgo manifestada por el patrón:		Número de Registro Patronal:	
Fracción:		Actividad o Giro de la Empresa:	
Prima:		Fecha de la causa del aviso:	
		DD	/ MM / AAAA

Domicilio del Patrón o Sujeto Obligado	
Código postal:	
Calle:	
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>	
Número exterior:	Número interior:
Colonia:	
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>	
*Localidad:	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	
*Teléfono fijo (lada y número):	
*Correo electrónico:	
Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.	

_____ Nombre y firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal	
Exclusivo IMSS	
Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:	
Delegación:	Subdelegación:

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFOMER
Comisión Federal
de Mejora Regulatoria



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Aviso de Inscripción del Trabajador (AFIL-02)

Fecha de publicación del formato en el DOF		
31	/	07
DD		/
	MM	AAAA
	/	2015

UMF	Fecha de solicitud del trámite		
	/	/	/
	DD	MM	AAAA

(*) Datos Opcionales

Datos generales del trabajador	
Número de Seguridad Social:	
CURP:	
*RFC:	
Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small>	
Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	
Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	
Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input checked="" type="radio"/> 2 Mujer	
Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA	
Lugar de nacimiento: (Estado)	Ocupación del trabajador:
En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario:	
Salario base de cotización: \$	
Tipo de contratación: <input type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input checked="" type="radio"/> 3 Eventual Construcción	
Tipo de Salario: <input checked="" type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto	
Fecha de ingreso al trabajo: DD / MM / AAAA	
Nombre del padre (aún finado):	
Nombre de la madre (aún finada):	
Domicilio del trabajador	
Código postal:	
Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>	
Número exterior:	Número Interior:
Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>	
*Localidad:	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	

Datos del patrón	
Número de Registro Patronal:	
CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física):	
RFC:	
Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado:	
<small>En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
Ubicación del centro de trabajo	
Código postal:	
Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>	
Número exterior:	Número Interior:
Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>	
*Localidad:	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	
<hr/> Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo)	
<hr/> Firma o huella del trabajador	
Exclusivo del IMSS	
Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:	
Extemporáneo: <input type="radio"/> 1	Clave de argumento:
Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.	

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

Importante para el patrón

- Para la integración del salario considere los artículos 27, 28, 29, 30 y 32 de la Ley del Seguro Social y 29 de la Ley del INFONAVIT.

Importante para el trabajador

A partir de esta fecha, ha quedado usted inscrito con derecho a recibir las prestaciones de las Leyes del Seguro Social e INFONAVIT, una vez reunidas las condiciones establecidas en ellas.

Recuerde que el Número de Seguridad Social que se le ha asignado es único e intransferible y deberá proporcionarlo cada vez que solicite algún trámite ante los Institutos o ante la AFORE de su elección.

Para la obtención del servicio médico, deberá usted acudir a la Unidad de Medicina Familiar que aparece anotada en este aviso para que le sea entregada su Cartilla Nacional de Salud.

Para el registro de sus beneficiarios legales deberá cumplir con los requisitos que establece la Ley del Seguro Social, además de presentar los siguientes documentos:

- Esposa(o):
- Concubiniaria(rio): (con hijos procreados)
(sin hijos procreados)
- Hijos: (hasta los 16 años)
(de 16 a 25 años)
- Padres:
- Copia certificada del acta de matrimonio civil.
- Copia certificada del acta de nacimiento de cada uno de los hijos.
- Comprobación de convivencia y dependencia económica del asegurado, mínimo 5 años.
- Copia certificada del acta de nacimiento
- Copia certificada del acta de nacimiento y comprobante de la escuela del sistema educativo nacional, donde realiza estudios, que indique inicio y término del ciclo escolar.
- Copia certificada del acta de nacimiento del asegurado y comprobación de convivencia y dependencia económica con el asegurado.

Para todo trámite y solicitud de prestaciones debe presentar la Cartilla Nacional de Salud.

Importante:

Cualquier cambio de domicilio comuníquelo al IMSS a través de la unidad de medicina familiar de su adscripción o a través del portal www.imss.gob.mx

Revise que su salario este correctamente anotado, ya que es la base para otorgarle los beneficios que establecen las Leyes del Seguro Social y del INFONAVIT.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-001-A
- IMSS-02-001-B
- IMSS-02-001-C
- IMSS-02-001-D
- IMSS-02-001-E
- IMSS-02-001-F
- IMSS-02-001-G
- IMSS-02-009
- IMSS-02-038-A
- IMSS-02-007

Homoclave del formato

AFIL-02

Se presenta por triplicado