

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

Fecha de publicación del formato en el DOF	Fecha de solicitud del trámite
DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA

(*) Datos Opcionales

Exclusivo IMSS		Marque con una "X" la causa de presentación de este aviso	
Tipo de	Clave Municipio:	A <input type="radio"/> Alta Patronal	B <input type="radio"/> Reanudación de actividades
Movimiento:	Argumento:	C <input type="radio"/> Cambio domicilio o circunscripción	D <input type="radio"/> Cambio nombre o Razón Social
Causa:		E <input type="radio"/> Sustitución Patronal	F <input type="radio"/> Duplicidad
		G <input type="radio"/> Baja	H <input type="radio"/> 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	
		(Sólo en caso de Patrón Persona Física):	
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:	
(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)	
Número exterior:	Número interior:
Colonia:	
(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)	
*Localidad:	
Municipio o Alcaldía:	
Estado:	
*Teléfono fijo (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:



Contacto:

