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			Fecha de solicitud del trámite				
DD MM AAAA				DD /	MM AAAA		
Exclusivo IMSS			Marque con una "X" la causa de presentación de este aviso				
Tipo Movimiento:	de Causa:	Clave Municipio:	A Alta Patronal B Reanuda C Cambio domicilio o circunscripción		B Reanudación de actividades D Cambio nombre o Razón Social		
Movimiento.	Cuusu.	Argumento:			O Inicio O Termino		
	Datos generales del Patrón o Sujeto Obligado						
Nombre, denominación o razón social:							
En caso de persona RFC:	a física (sin abreviat	turas): Nombre(s) Pri	mer Apellido CURP		Segundo Apellido		
Clase de riesgo manifestada por el patrón:			(Sólo en caso de Patrón Persona Física): 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:		Nombre y firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal					
Colonia:	án Juároz Docidonaial L	lidalga Fraccionamiento Cocción etc.)		- Fyalı	vair va INACC		
(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.) *Localidad:			Exclusivo IMSS				
Municipio o Alcaldía:			Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:				
Estado:							
*Teléfono fijo (nu	úmero):						
*Correo electrón	ico:						
Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes.			Delegación:		Subdelegación:		
Conserve este documento para cualquier aclaración.			Delegación.		Subuciegación.		







gob.mx

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

Exclusivo IMSS para las causas A,B,D y E anote los datos del acta constitutiva o de otros documentos afines

No. de notaria:	No. de acta:
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
No. de libro:	No. de foja:
ivo. de libro.	No. de Toja.
Registro Público de la Propiedad y Comercio:	Información adicional:
Registro Publico de la Propiedad y Cornercio.	inionnacion adicional.
Lugar y fecha de constitución:	

Instrucciones para el patrón

Causa A Alta Patronal	Presente los avisos de inscripción de todos sus trabajadores					
Causa B Reanudacion actividades	Anote los datos registrados anteriormente en el IMSS, presentando además los avisos de inscripción de sus trabajadores:					
	Nombre, Denominación o Razón Social del Patrón o Sujeto Obligado Número de Registro Patronal					
Causa C Cambio de domicilio o circunscripción	Anote el domicilio anterior: En cambios de circunscripción presente en la nueva circunscripción los avisos conforme causa "A" (Excepto CDMX)					
	Código postal Calle Número exterior e interior Colonia Municipio o Alcaldía Estado					
Causa D Cambio nombre o razón social	Anote el nombre, denominación o razón social anterior:					
Causa E Sustitución patronal	Anote el nombre y número de registro del patrón sustituido (Solicite información adicional):					
Sustitución patronai	Nombre, Denominación, Razón Social del Patrón Sujeto Obligado Número de Registro Patronal					
Causa F Duplicidad	Anote los números de registro patronal aplicados y solicite información adicional:					
	Registro 1 Registro 2					
Causa G	Anote el motivo de la baja:					
Baja	NOTA: En caso de que la baja corresponda a uno de los centros de trabajo o filiales de una empresa controlados por un mismo registro patronal, presente únicamente los avisos de baja de los trabajadores adscritos a ese centro o filial.					
Causa H Huelga	Las empresas en estado de huelga no presentan avisos de baja sólo deben informar los nombres y Números de Seguridad Social de los trabajadores que no están en huelga					

NOTA

- Para las causas **A**, **B**, **D** y **E** adjunte copia del acta constitutiva de la empresa, debidamente protocolizada y copia del registro ante el SAT u otra dependencia que autorice el ejercicio, además del formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el seguro de riesgo de trabajo" (esta última excepto en causa "**D**")
- Para la causa C adjunte copia del aviso presentado ante el SAT.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-010-A
- IMSS-02-002-C
- MSS-02-010-B
- MSS-02-002-D
- O IMSS-02-002-A
- IMSS-02-002-E
- IMSS-02-002-B
- MSS-02-002-J
 - IMSS-02-002-5

Homoclave del formato

AFIL-01

Se presenta por triplicado





