

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**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, por el que se autoriza la simplificación y desregulación de trámites que la Dirección de Incorporación y Recaudación tiene registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- México.- Gobierno de la República.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 23 de julio del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA1.HCT.230713/202.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; 69-C, 69-M y 69-O, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracciones II, XI y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; de conformidad con el planteamiento presentado por la Dirección General, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, mediante oficios 306 y 309, de fechas 12 y 19 de julio de 2013, respectivamente; y con base en la resolución del Comité del mismo nombre del propio Órgano de Gobierno, en reunión del día 10 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.-** Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia, así como los formatos, datos de información y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través 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”; “Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio”; “Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo”; y “Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado”, los cuales se acompañan al presente Acuerdo. **Tercero.-** Aprobar que los trámites referidos puedan presentarse de manera electrónica, siempre que el Instituto ponga a disposición de los interesados las herramientas tecnológicas necesarias para realizarlos electrónicamente y éstos cumplan con los medios de identificación y autenticación que señale el Instituto, lo que se dará a conocer mediante reglas de carácter general de conformidad con lo establecido en términos del artículo 69-C, segundo párrafo, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. **Cuarto.-** Dejar sin efecto (i) el “Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a lo previsto en los artículos 1 y 69-M de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo”, emitido por el Director General del Instituto, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de mayo de 2003, exclusivamente en lo que corresponde a la Dirección de Incorporación y Recaudación; (ii) el Acuerdo número 290/2005 emitido por este Consejo Técnico, y su Nota Aclaratoria, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 10 y 24 de febrero de 2006, respectivamente; (iii) el Acuerdo 489/2005 emitido por este Consejo Técnico, con fecha 26 de octubre de 2005; (iv) los puntos Primero y Segundo del Acuerdo del Consejo Técnico ACDO.SA1.HCT.240210/42.P.DIR y sus Anexos, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 17 de marzo de 2010, referentes todos, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación, y en los cuales se especifican los plazos máximos de resolución y vigencia de ésta, así como los formatos, datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar al presentar dichos trámites. **Quinto.-** Autorizar a la Dirección General, a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación, para que en caso de considerarlo conveniente en el futuro y con fundamento en el artículo 69-C, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, modifique los términos señalados para la presentación y resolución de los trámites que señala el Anexo Único de este Acuerdo; es decir, 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. **Sexto.-** Instruir a la Dirección de Incorporación y Recaudación para que, por conducto de la Unidad de Incorporación al Seguro Social, resuelva las dudas o aclaraciones que con motivo de la aplicación del presente Acuerdo, presenten las unidades administrativas del Instituto. **Séptimo.-** Instruir a la Dirección Jurídica para que, previa resolución de la Comisión Federal 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.-** Instruir a la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones para que en términos del artículo 69-N, segundo párrafo, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, realice las acciones necesarias ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria para la actualización de la información inscrita en el Registro Federal de Trámites y Servicios respecto de los trámites que se señalan en el Anexo Único de este Acuerdo”.

Atentamente

México, D.F., a 30 de julio de 2013.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.**- Rúbrica.

**ANEXO ÚNICO**

Anexo Único por el que se establecen los plazos máximos de resolución y vigencia, así como los formatos, datos de información y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación.

**I. TRÁMITES.**

Los trámites contenidos en el presente Anexo Único son aquellos que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Incorporación y Recaudación, salvo los de naturaleza fiscal tratándose de las contribuciones y los accesorios que se deriven directamente de aquéllos. El Instituto inscribirá los trámites referidos y sus modalidades en el Registro Federal de Trámites y Servicios a que se refiere el artículo 69-M de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, conforme a las disposiciones que señala dicha Ley.

Los plazos máximos de resolución y vigencia de los referidos trámites, así como los formatos, datos de información y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar para presentarlos debidamente, son los que se señalan a continuación.

<b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b>
1.- Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades
Para persona física
<b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b>
El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.
<b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b>
10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b>
No aplica, el tipo de resolución es un Registro.
<b>DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS</b>
Para el trámite Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo, los datos de información y documentos contenidos en el formato ARP-PF "Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio", que se adjunta al presente Acuerdo.
<b>Datos de información</b> que aplican cuando el Instituto los requiera:
Especificar su giro.
Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).
Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:
-Agencias de empleo temporal,
-Suministro de personal permanente y,
-Servicios combinados de apoyo en instalaciones.
En caso de reanudación de actividades deberá presentar los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los que a continuación se enlistan:
<b>DATOS DE INFORMACIÓN</b>
<b>Datos Domicilio fiscal</b>
1. Domicilio fiscal.
2. En su caso, teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
3. Dirección de correo electrónico.

**En su caso, datos del Representante legal (cuando éste sea el que realice el trámite)**

4. Poder para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Nombre(s) y apellido(s).
6. RFC
7. CURP
8. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
9. Dirección de correo electrónico.

**Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación**

10. Nombre(s) y apellido(s).
11. RFC
12. CURP
13. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
14. Dirección de correo electrónico.

**Datos que aplican a la inscripción de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo, cuando el Instituto los requiera:**

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

1. Registro Federal de Contribuyentes en copia.
2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo, copia y original para su cotejo.
3. Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo en original.
4. Identificación oficial del patrón, copia y original para su cotejo.
5. Clave Única de Registro de Población en copia.
6. En caso de contar con representante legal, poder notarial para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
7. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
8. Registro Federal de Contribuyentes del representante legal, copia y original para su cotejo.
9. Clave Única de Registro de Población del representante legal, documento expedido por Registro Nacional de Población en copia.
10. Los que señala el formato "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo" AM-SRT.

Para persona física del campo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica, el tipo de resolución es un Registro.

**DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Para el trámite Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo, los datos de información y documentos contenidos en el formato ARP-PF "Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos de información** que aplican cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

En caso de reanudación de actividades deberá presentar los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los que a continuación se enlistan:

**DATOS DE INFORMACIÓN****Datos Domicilio fiscal**

1. Domicilio fiscal.
2. En su caso, teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
3. Dirección de correo electrónico.

**En su caso, datos del Representante legal (cuando éste sea el que realice el trámite)**

4. Poder para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Nombre(s) y apellido(s).
6. RFC
7. CURP
8. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
9. Dirección de correo electrónico.

**Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación**

10. Nombre(s) y apellido(s).
11. RFC
12. CURP
13. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
14. Dirección de correo electrónico.

**Datos que aplican a la inscripción de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo, cuando el Instituto los requiera:**

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

1. Registro Federal de Contribuyentes en copia.
2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo, copia y original para su cotejo.
3. Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo en original.
4. Identificación oficial del patrón, copia y original para su cotejo.
5. Clave Única de Registro de Población en copia.
6. En caso de contar con representante legal, poder notarial para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
7. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
8. Registro Federal de Contribuyentes del representante legal, copia y original para su cotejo.
9. Clave Única de Registro de Población del representante legal, documento expedido por Registro Nacional de Población en copia.
10. Permiso Único de Siembra expedido por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), copia y original para su cotejo o escrito libre que contenga el periodo y tipo de cultivo, superficie o unidad de producción y estimación de jornadas a utilizar en cada periodo. Para los patrones con actividades ganaderas, deberán proporcionar la información sobre el tipo de ganado y número de cabezas que poseen.
11. Los que señala el formato "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo" AM-SRT.

Para persona moral

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica, el tipo de resolución es un Registro.

**DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Para el trámite Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo, los datos de información y documentos contenidos en el formato ARP-PM "Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos de información** que aplican cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

-Agencias de empleo temporal,

-Suministro de personal permanente y,

-Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

En caso de reanudación de actividades deberá presentar los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los que a continuación se enlistan:

**DATOS DE INFORMACIÓN****Datos Domicilio fiscal**

1. Domicilio fiscal.
2. En su caso, teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
3. Dirección de correo electrónico.

**Datos del Representante legal**

4. Poder para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Nombre(s) y apellido(s).
6. RFC
7. CURP
8. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
9. Dirección de correo electrónico.

**Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación**

10. Nombre(s) y apellido(s).
11. RFC
12. CURP
13. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
14. Dirección de correo electrónico.

**Datos que aplican a la inscripción de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo, cuando el Instituto los requiera:**

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

1. Registro Federal de Contribuyentes en copia.
2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo, copia y original para su cotejo.
3. Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo en original.
4. Escritura pública o acta constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, copia y original para su cotejo.
  - a) Si la escritura o acta constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la Solicitud de Registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).
  - b) Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español.

5. Poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
6. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
7. Registro Federal de Contribuyentes del representante legal en copia.
8. Clave Única de Registro de Población del representante legal en copia.
9. Los que señala el formato "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo" AM-SRT.

Para persona moral del campo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica, el tipo de resolución es un Registro.

**DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Para el trámite Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo, los datos de información y documentos contenidos en el formato ARP-PM "Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos de información** que aplican cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

En caso de reanudación de actividades deberá presentar los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los que a continuación se enlistan:

**DATOS DE INFORMACIÓN**

**Datos Domicilio fiscal**

1. Domicilio fiscal.
2. En su caso, teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
3. Dirección de correo electrónico.

**Datos del Representante legal**

4. Poder para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Nombre(s) y apellido(s).
6. RFC
7. CURP
8. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
9. Dirección de correo electrónico.

**Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación**

10. Nombre(s) y apellido(s).
11. RFC
12. CURP
13. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
14. Dirección de correo electrónico.

**Datos que aplican a la inscripción de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo, cuando el Instituto los requiera:**

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

1. Registro Federal de Contribuyentes en copia.
2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo, copia y original para su cotejo.
3. Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo en original.
4. Escritura pública o acta constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, copia y original para su cotejo.
  - a) Si la escritura o acta constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la Solicitud de Registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).
  - b) Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español.
5. Poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
6. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
7. Registro Federal de Contribuyentes del representante legal en copia.
8. Clave Única de Registro de Población del representante legal en copia.
9. Permiso Único de Siembra expedido por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), copia y original para su cotejo o escrito libre que contenga el periodo y tipo de cultivo, superficie o unidad de producción y estimación de jornadas a utilizar en cada periodo. Para los patrones con actividades ganaderas, deberán proporcionar la información sobre el tipo de ganado y número de cabezas que poseen.
10. Los que señala el formato "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo" AM-SRT.

Para persona moral sindicato

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica, el tipo de resolución es un Registro.

**DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Para el trámite Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo, los datos de información y documentos contenidos en el formato ARP-PM "Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos de información** que aplican cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

En caso de reanudación de actividades deberá presentar los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los que a continuación se enlistan:

**DATOS DE INFORMACIÓN****Datos Domicilio fiscal**

1. Domicilio fiscal.
2. En su caso, teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
3. Dirección de correo electrónico.

**Datos del Representante legal**

4. Poder para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Nombre(s) y apellido(s).
6. RFC
7. CURP
8. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
9. Dirección de correo electrónico.

**Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación**

10. Nombre(s) y apellido(s).
11. RFC
12. CURP
13. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
14. Dirección de correo electrónico.

**Datos que aplican a la inscripción de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo, cuando el Instituto los requiera:**

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

1. Registro Federal de Contribuyentes en copia.
2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo, copia y original para su cotejo.
3. Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo en original.
4. Resolución de registro emitida por la autoridad laboral competente, emitido por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social en los casos de competencia federal y en las Juntas de Conciliación y Arbitraje en los de competencia local, copia y original para su cotejo.
5. Poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
6. Registro Federal de Contribuyentes del representante legal en copia.
7. Clave Única de Registro de Población del representante legal en copia.
8. Los que señala el formato "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo" AM-SRT.

Para persona física por clase

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica, el tipo de resolución es un Registro.

**DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Para el trámite Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo, los datos de información y documentos contenidos en el formato ARP-PF "Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos de información** que aplican cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

En caso de reanudación de actividades deberá presentar los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los que a continuación se enlistan:

**DATOS DE INFORMACIÓN****Datos Domicilio fiscal**

1. Domicilio fiscal.
2. En su caso, Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
3. Dirección de correo electrónico.

**En su caso, datos del Representante legal (cuando éste sea el que realice el trámite)**

4. Poder para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Nombre(s) y apellido(s).
6. RFC
7. CURP
8. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
9. Dirección de correo electrónico.

**Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación**

10. Nombre(s) y apellido(s).
11. RFC
12. CURP
13. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
14. Dirección de correo electrónico.

**Datos que aplican a la inscripción de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo, cuando el Instituto los requiera:**

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

1. Registro Federal de Contribuyentes en copia.
2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo, copia y original para su cotejo.
3. Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo en original.
4. Identificación oficial del patrón, copia y original para su cotejo.
5. Clave Única de Registro de Población en copia.
6. En caso de que el trámite lo realice el representante legal, poder notarial para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
7. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
8. Registro Federal de Contribuyentes del representante legal en copia.
9. Clave Única de Registro de Población del representante legal, documento expedido por Registro Nacional de Población en copia.
10. Comprobante del domicilio fiscal, copia y original para su cotejo.
11. Los que señala el formato "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo" AM-SRT.

Para persona moral por clase

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica, el tipo de resolución es un Registro.

**DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Para el trámite Alta patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo, los datos de información y documentos contenidos en el formato ARP-PM "Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos de información** que aplican cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

En caso de reanudación de actividades deberá presentar los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los que a continuación se enlistan:

**DATOS DE INFORMACIÓN****Datos Domicilio fiscal**

1. Domicilio fiscal.
2. En su caso, Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
3. Dirección de correo electrónico.

**Datos del Representante legal**

4. Poder para actos de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
5. Nombre(s) y apellido(s).
6. RFC
7. CURP
8. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
9. Dirección de correo electrónico.

**Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación**

10. Nombre(s) y apellido(s).
11. RFC
12. CURP
13. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
14. Dirección de correo electrónico.

**Datos que aplican a la inscripción de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo, cuando el Instituto los requiera:**

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

1. Registro Federal de Contribuyentes en copia.
2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo, copia y original para su cotejo.
3. Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo en original.
4. Escritura pública o acta constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, copia y original para su cotejo.
  - a) Si la escritura o acta constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la Solicitud de Registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).
  - b) Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español.
5. Poder notarial para actos de administración o de dominio o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
6. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
7. Registro Federal de Contribuyentes del representante legal en copia.
8. Clave Única de Registro de Población del representante legal en copia.
9. Comprobante del domicilio fiscal, copia y original para su cotejo.
10. Los que señala el formato "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo" AM-SRT.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

2.- Aviso de modificación al registro patronal

Por cambio de nombre, denominación o razón social del registro patronal

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Número de registro patronal (número asignado al patrón incluyendo el dígito verificador).
2. Registro Federal de Contribuyentes (asignado por el Servicio de Administración Tributaria).
3. Nombre, denominación o razón social.
4. Fecha de la causa del aviso.
5. Causa de presentación del aviso.
6. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

**Para persona moral****De la escritura constitutiva**

7. Número de escritura constitutiva.
8. Número de notaría o correduría.
9. Lugar y fecha de expedición.
10. Folio mercantil.

**Para persona física**

11. Nombre(s) y apellido(s).
12. Nombre Comercial.
13. CURP
14. RFC

**DOCUMENTOS****Para persona moral**

1. Escritura pública o acta constitutiva. Este documento deberá contener el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, copia y original para su cotejo.
2. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria, en copia.
3. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.
4. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).

**Para persona física**

1. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria, en copia.
2. Clave Única de Registro de Población. Documento expedido por el Registro Nacional de Población en copia.
3. Identificación oficial, copia y original para su cotejo.
4. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.
5. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).

Por cambio de domicilio

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los señalados en el Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).

**DOCUMENTOS**

1. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria, en copia.
2. Comprobante de domicilio del centro de trabajo, copia y original para su cotejo.
3. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.
4. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).
5. Formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo, original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

Por sustitución patronal

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los señalados en el Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).

**Para persona moral****Representante legal**

1. Poder para actos de administración o de dominio.
2. Nombre(s) y apellido(s) paterno.
3. RFC
4. CURP
5. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso con número de extensión.
6. Dirección de correo electrónico.

**Socios de la empresa**

7. Datos completos de los socios de la empresa en términos del capital aportado.
8. Nombre(s) y apellido(s) y/o denominación o razón social.
9. RFC
10. CURP
11. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
12. Dirección de correo electrónico.
13. Domicilio.
14. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

**De la escritura constitutiva**

15. Número de escritura constitutiva.
16. Número de notaría o correduría.
17. Lugar y fecha de expedición.
18. Folio mercantil.

**DOCUMENTOS****Para persona moral**

1. Escrito comunicando la sustitución patronal en el que se describa el detalle de la operación de la misma y los datos descritos y no contenidos en los formatos.
2. Escritura pública o acta constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, copia y original para su cotejo.
  - a) Si la escritura o acta constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la Solicitud de Registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).
  - b) Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español.
3. En su caso, documento notarial donde acredite el carácter del representante legal para actos de administración, dominio o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firma de documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
4. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
5. Convenio ante la autoridad laboral competente que ratifique la sustitución patronal, copia y original para su cotejo.
6. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.
7. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).
8. Formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se junta al presente Acuerdo, original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

**Para persona física**

1. Escrito comunicando la sustitución patronal en el que se describa el detalle de la operación de la misma y los datos descritos y no contenidos en los formatos.
2. Registro Federal de Contribuyentes, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria, en copia.
3. Clave Única de Registro de Población del patrón, documento expedido por Registro Nacional de Población, en copia.
4. En su caso, documento notarial donde acredite el carácter del representante legal para actos de administración, dominio o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firma de documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
5. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
6. Convenio ante la autoridad laboral competente que ratifique la sustitución patronal, copia y original para su cotejo.
7. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.
8. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).
9. Formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

Por fusión

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los señalados en el Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).

**Para persona moral****Representante legal**

1. Poder para actos de administración o de dominio.
2. Nombre(s) y apellido(s) paterno.
3. RFC
4. CURP
5. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso con número de extensión.
6. Dirección de correo electrónico.

**Socios de la empresa**

7. Datos completos de los socios de la empresa en términos del capital aportado.
8. Nombre(s) y apellido(s) y/o denominación o razón social.
9. RFC
10. CURP
11. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
12. Dirección de correo electrónico.
13. Domicilio.
14. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

**De la escritura constitutiva**

15. Número de escritura constitutiva.
16. Número de notaría o correduría.
17. Lugar y fecha de expedición.
18. Folio mercantil.

**DOCUMENTOS**

1. Escrito comunicando la sustitución patronal en el que se describa el detalle de la operación de la misma y los datos descritos y no contenidos en los formatos.
2. Escritura pública o acta constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, copia y original para su cotejo.
  - a) Si la escritura o acta constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la Solicitud de Registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).
  - b) Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español.

3. Acuse de actualización al Registro Federal de Contribuyentes presentado ante el Servicio de Administración Tributaria, copia.
4. Testimonio Notarial donde notifique la autorización de la fusión, copia y original para su cotejo.
5. En su caso, documento notarial donde acredite el carácter del representante legal para actos de administración, dominio o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firma de documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
6. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
7. Tarjeta de Identificación Patronal, original.
8. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).
9. Formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo" en original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

Por escisión

#### **PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

#### **PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

#### **VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

#### **DATOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS**

Los datos de información y documentos contenidos en el formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo y los señalados en el Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).

#### **Para persona moral**

##### **Representante legal**

1. Poder para actos de administración o de dominio.
2. Nombre(s) y apellido(s) paterno.
3. RFC
4. CURP
5. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso con número de extensión.
6. Dirección de correo electrónico.

##### **Socios de la empresa**

7. Datos completos de los socios de la empresa en términos del capital aportado.
8. Nombre(s) y apellido(s) y/o denominación o razón social.
9. RFC
10. CURP
11. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso número de extensión.
12. Dirección de correo electrónico.
13. Domicilio
14. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

##### **De la escritura constitutiva**

15. Número de escritura constitutiva.
16. Número de notaria o correduría.
17. Lugar y fecha de expedición.
18. Folio mercantil.

**DOCUMENTOS**

1. Escrito comunicando la sustitución patronal en el que se describa el detalle de la operación de la misma y los datos descritos y no contenidos en los formatos.
2. Escritura pública o acta constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, copia y original para su cotejo.
  - a) Si la escritura o acta constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la Solicitud de Registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).
  - b) Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español.
3. Acuse de actualización al Registro Federal de Contribuyentes presentado ante el Servicio de Administración Tributaria, en copia.
4. Testimonio Notarial donde notifique la autorización de la escisión, copia y original para su cotejo.
5. En su caso, documento notarial donde acredite el carácter del representante legal para actos de administración, dominio o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firma de documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
6. Identificación oficial del representante legal, copia y original para su cotejo.
7. Tarjeta de Identificación Patronal en original.
8. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).
9. Formato AM-SRT "Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo" original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

Por cambio de representante legal

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Número de registro patronal (número asignado al patrón incluyendo el dígito verificador).
2. Registro Federal de Contribuyentes (asignado por el Servicio de Administración Tributaria).
3. Nombre, denominación o razón social.
4. Fecha de la causa del aviso.
5. Causa de presentación del aviso.
6. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

**Representante legal**

7. Poder para actos de administración o de dominio.
8. Nombre(s) y apellido(s) paterno.
9. RFC

10. CURP

11. Teléfonos fijo y móvil con clave de larga distancia y en su caso con número de extensión.

12. Dirección de correo electrónico.

#### **DOCUMENTOS**

1. Escrito comunicando la sustitución patronal en el que se describa el detalle de la operación de la misma.
2. Escritura pública o acta constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, copia y original para su cotejo.
  - c) Si la escritura o acta constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la Solicitud de Registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).
  - d) Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español.
3. Poder notarial donde acredite el carácter del representante legal para actos de administración o dominio o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firma de documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, copia y original para su cotejo.
4. Identificación oficial con fotografía y firma del patrón o sujeto obligado o su representante legal, copia y original para su cotejo.
5. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.

Por inicio de actividades de cultivo de los patrones del campo

#### **PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

#### **PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

#### **VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

#### **DATOS**

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

1. Número de registro patronal (número asignado al patrón incluyendo el dígito verificador).
2. Registro Federal de Contribuyentes (asignado por el Servicio de Administración Tributaria).
3. Nombre, denominación o razón social.
4. Fecha de la causa del aviso.
5. Causa de presentación del aviso.
6. Región.
7. Tipo de cultivo.
8. Fecha de inicio y término de actividades.
9. Número de hectáreas.
10. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

#### **DOCUMENTOS**

1. Identificación Oficial, en original.
2. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.

Por inicio de actividades forestales de los patrones del campo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Número de registro patronal (número asignado al patrón incluyendo el dígito verificador).
2. Registro Federal de Contribuyentes (asignado por el Servicio de Administración Tributaria).
3. Nombre, denominación o razón social.
4. Fecha de la causa del aviso.
5. Causa de presentación del aviso.
6. Región.
7. Fecha de inicio y termino de actividades.
8. Número de hectáreas.
9. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación Oficial, en original.
2. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.

Por inicio de actividades ganaderas de los patrones del campo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Número de registro patronal (número asignado al patrón incluyendo el dígito verificador).
2. Registro Federal de Contribuyentes (asignado por el Servicio de Administración Tributaria).
3. Nombre, denominación o razón social.
4. Fecha de la causa del aviso.
5. Causa de presentación del aviso.
6. Región.
7. Fecha de inicio y termino de actividades.
8. Tipo de ganado.
9. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación Oficial, en original.
2. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.

Por clausura

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Número de registro patronal (número asignado al patrón incluyendo el dígito verificador).
2. Registro Federal de Contribuyentes (asignado por el Servicio de Administración Tributaria).
3. Nombre, denominación o razón social.
4. Fecha de la causa del aviso.
5. Causa de presentación del aviso.
6. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

**DOCUMENTOS**

1. Documento expedido por autoridad competente que acredite la clausura, copia y original para su cotejo.
2. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.
3. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).

Por suspensión o término de actividades

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Número de registro patronal (número asignado al patrón incluyendo el dígito verificador).
2. Registro Federal de Contribuyentes (asignado por el Servicio de Administración Tributaria).
3. Nombre, denominación o razón social.
4. Fecha de la causa del aviso.
5. Causa de presentación del aviso.
6. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

**DOCUMENTOS**

1. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria, en copia.
2. Tarjeta de identificación patronal, en original.
3. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).
4. En caso de contar con trabajadores vigentes, el formato Aviso de Baja de Trabajador o Asegurado AFIL-04 (DOF 16 noviembre 1999, HCT 455/1999), uno por cada uno de ellos.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

3.- Solicitud de inscripción en la continuación voluntaria en el régimen obligatorio

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

5 días hábiles.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

2 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La inscripción termina por:

1. Declaración expresa firmada por el asegurado.
2. Que el asegurado deje de pagar las cuotas durante dos meses.
3. Que el asegurado sea dado alta o haya reingresado al régimen obligatorio.

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

1. Número de Seguridad Social.
2. Clave Única de Registro de Población.
3. Nombre completo (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre).
4. Domicilio.
5. Firma o huella del solicitante.
6. Último salario base de cotización registrado al momento de la baja en el régimen obligatorio.
7. Salario con que desea cotizar, al menos el registrado momento de la baja en el régimen obligatorio.
8. Fecha de la solicitud.

**DOCUMENTOS**

1. Documento que contenga el Número de Seguridad Social, en original.
2. Identificación oficial con fotografía y firma, copia y original para su cotejo.
3. Recibo de pago de la cuota obrero patronal correspondiente, copia y original para su cotejo.
4. Comprobante de domicilio, copia y original para su cotejo.
5. Tratándose de reingreso, comprobante de pago de las cuotas obrero patronales del periodo anterior, copia y original para su cotejo.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

4.- Solicitud de asignación o localización de número de seguridad social

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Después de haber entregado la documentación completa en ventanilla de la Subdelegación u Oficina Auxiliar de Afiliación y Cobranza, es no mayor a una hora.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Datos de identificación de la persona: Nombre completo del interesado, Clave Única de Registro de Población, Sexo, Lugar de nacimiento, Fecha de nacimiento, Nombre Completo del Padre y de la Madre.
2. Datos de contacto: Código postal del domicilio particular del Interesado.
3. Datos del acta del nacimiento: Entidad Federativa de Registro de Acta, Municipio de Registro, Año de Registro, Número de Libro, Número de Acta, Número de Foja y Número de Tomo, y en su caso CRIP.

**DOCUMENTOS**

1. Copia certificada de acta de nacimiento para su cotejo de la persona a la que se le va a asignar el número de seguridad social.
2. Identificación oficial con fotografía y firma de la persona a la que se le va a asignar el número de seguridad social, copia y original para su cotejo.
3. Clave Única de Registro de Población, en copia.
4. En caso de haber iniciado su trámite por Internet deberá presentar Solicitud de asignación o localización de Número de Seguridad Social, en original.
5. En caso de que el solicitante sea el representante legal del interesado, éste deberá exhibir documento expedido por Fedatario Público (notario o corredor público) que acredite su calidad de representante legal, de conformidad con el artículo 2554 del CCF, copia y original para su cotejo.
6. Si el interesado es extranjero y no cuenta con copia certificada de acta de nacimiento para su cotejo apostillada y en su caso acompañada de la traducción al español, podrá presentar documentación de identidad que lo acredite de acuerdo a su nacionalidad, como pueden ser:
  - a. Carta de naturalización y/o Documento migratorio FM2 o FM3 expedida por el Instituto Nacional de Migración, copia y original para su cotejo.
7. Para los casos en que el registro de nacimiento del interesado haya sido por Autoridad Civil (DIF y PGR), deberá mencionarlo en su solicitud, copia y original para su cotejo.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

5.- Aviso de movimientos afiliatorios de trabajadores

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS****Para Altas o ingresos de trabajadores**

1. Registro Patronal (11 posiciones, numérico o alfanumérico).
2. Número de Seguro Social. (11 posiciones, numérico).
3. Nombre del trabajador empezando por Apellido paterno, materno y nombre(s) (27 posiciones, alfanumérico).
4. Salario Base de Cotización (6 posiciones, numérico).
5. Tipo de Trabajador (1 posición, numérico). Que pueden ser:
  - 1 trabajador permanente.
  - 2 trabajador eventual ciudad.
  - 3 trabajador eventual construcción.
  - 4 trabajador eventual del campo.
6. Tipo de Salario (1 posición, numérico). Que pueden ser:
  - 0 Salario fijo.
  - 1 Salario variable.
  - 2 Salario Mixto.

7. Semana o Jornada Reducida (1 posición, numérico). Que pueden ser:
  - 1 Un día.
  - 2 Dos días.
  - 3 Tres días.
  - 4 Cuatro días.
  - 5 Cinco días.
  - 6 Jornada reducida.
  - 0 Jornada normal.
8. Fecha de Movimiento (8 posiciones, numérico).
9. Unidad de Medicina Familiar (3 posiciones, numérico).
10. Guía (5 posiciones, numérico, número asignado por la Subdelegación).
11. Tipo de Movimiento (2 posiciones, numérico) 08 reingreso.
12. Clave del trabajador opcional (10 posiciones, numérico o alfanumérico, clave asignada por el patrón).
13. Clave Única de Registro de Población (18 posiciones, alfanumérico).
14. Identificador del formato dígito nueve 9 (1 posición, numérico).

**Para las modificaciones de salario de trabajadores**

1. Registro Patronal (11 posiciones, numérico o alfanumérico).
2. Número de Seguro Social (11 posiciones, numérico).
3. Nombre del trabajador empezando por Apellido paterno, materno y nombre(s) (27 posiciones, alfanumérico).
4. Salario Base de Cotización (6 posiciones, numérico).
5. Tipo de Salario (1 posición, numérico). Que pueden ser:
  - 0 Salario fijo.
  - 1 Salario variable.
  - 2 Salario Mixto.
6. Semana o Jornada Reducida (1 posición, numérico). Que pueden ser:
  - 1 Un día.
  - 2 Dos días.
  - 3 Tres días.
  - 4 Cuatro días.
  - 5 Cinco días.
  - 6 Jornada reducida.
  - 0 Jornada normal.
7. Fecha de Movimiento (8 posiciones, numérico).
8. Tipo de Movimiento (2 posiciones, numérico) 07 modificación de salario.
9. Guía (5 posiciones, numérico, número asignado por la Subdelegación).
10. Clave del trabajador opcional (10 posiciones, numérico o alfanumérico, clave asignada por el patrón).
11. Clave Única de Registro de Población (18 posiciones, alfanumérico).
12. Identificador del formato dígito nueve 9 (1 posición, numérico).

**Para las bajas de trabajadores**

1. Registro Patronal (11 posiciones, numérico o alfanumérico).
2. Número de Seguro Social. (11 posiciones, numérico).
3. Nombre del trabajador empezando por Apellido paterno, materno y nombre(s) (27 posiciones, alfanumérico).
4. Fecha de Movimiento (8 posiciones, numérico).
5. Tipo de Movimiento (2 posiciones, numérico) 02 baja.
6. Guía (5 posiciones, numérico, número asignado por la Subdelegación).
7. Clave del trabajador opcional (10 posiciones, numérico o alfanumérico, clave asignada por el patrón).
8. Causa de la baja (1 posición numérico).
  - 1 término de contrato.
  - 2 separación voluntaria.
  - 3 abandono de empleo.
  - 4 defunción.
  - 5 clausura.
  - 6 otras.
  - 7 ausentismo.
  - 8 rescisión de contrato.
  - 9 jubilación.
  - A pensión.
9. Identificador del formato dígito nueve 9 (1 posición, numérico).

**DOCUMENTOS****Documento electrónico**

1. Los datos deberán ser proporcionados en archivo electrónico con las características que el Instituto ponga a disposición de los patrones.

En caso de que el patrón opte por presentar los movimientos afiliatorios del trabajador en la Subdelegación de control de su registro patronal deberá presentar la Tarjeta de identificación patronal en original y los formatos AFIL-02 Aviso de Inscripción del Trabajador (DOF 16 noviembre 1999, HCT 455/1999), AFIL-03 Aviso de modificación de salario del trabajador (DOF 16 noviembre 1999, HCT 455/1999) y/o AFIL-04 Aviso de baja del trabajador (DOF 16 noviembre 1999, HCT 455/1999), siempre y cuando no sean más de cuatro, los cuales se presentarán en original y dos copias.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

6.- Aviso de estado de huelga

Aviso de inicio de huelga

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Número de registro patronal (número asignado al patrón incluyendo el dígito verificador).
2. Registro Federal de Contribuyentes (asignado por el Servicio de Administración Tributaria).
3. Nombre, denominación o razón social.

4. Fecha de la causa del aviso.
5. Causa de presentación del aviso (Inicio, Término: legal o inexistente).
6. Fecha de inicio de estado de huelga.
7. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.
8. En caso de tener trabajadores no considerados en huelga, deberá proporcionar relación de los mismos conteniendo por lo menos Número de Seguridad Social, CURP, Nombre.

**DOCUMENTOS**

1. Escrito libre donde informe la fecha y características del inicio de huelga, así como la relación de asegurados no considerados en el estado de huelga, la cual deberá contener el nombre completo del asegurado, Número de Seguridad Social, Clave Única de Registro de Población y Registro Patronal y nombre o razón social del patrón, acompañado de las constancias que así lo acrediten.
2. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.
3. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).
4. Identificación oficial, copia y original para su cotejo.

Aviso de término de huelga

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Número de registro patronal (número asignado al patrón incluyendo el dígito verificador).
2. Registro Federal de Contribuyentes (asignado por el Servicio de Administración Tributaria).
3. Nombre, denominación o razón social.
4. Fecha de la causa del aviso.
5. Causa de presentación del aviso (Inicio, Término: legal o inexistente).
6. Fecha de inicio de estado de huelga.
7. Fecha de término de huelga.
8. Condiciones en que la huelga se haya resuelto.
9. Firma y cargo del patrón, representante legal o sujeto obligado.

**DOCUMENTOS**

1. Escrito libre donde deberá asentar la fecha de inicio de huelga, la fecha de término y las condiciones en que la misma se haya resuelto acompañando las constancias correspondientes emitidas por la autoridad laboral competente, además de la información general y complementaria que permita conocer las características del término de la huelga.
2. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.
3. Formato AFIL 01 (DOF 16 noviembre de 1999, HCT 455/1999).
4. Identificación oficial, copia y original para su cotejo.

<b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b> 7.- Solicitud de baja por pensión para trabajadores de empresas en procedimiento de huelga
<b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b> Dos días hábiles.
<b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b> 1 día hábil siguiente a la presentación de la solicitud.
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b> No aplica.
<b>DATOS</b> <b>Datos generales</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nombre del asegurado.</li><li>2. Número de Seguridad Social.</li><li>3. Domicilio para oír y recibir notificaciones.</li><li>4. La denominación o razón social del patrón.</li><li>5. Fecha de inicio de huelga.</li><li>6. Condiciones en que se encuentra la huelga.</li><li>7. Motivo de solicitud.</li></ol>
<b>DOCUMENTOS</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Escrito libre donde el trabajador deberá asentar el registro patronal, la denominación o razón social del patrón, fecha de inicio de huelga, las condiciones en que se encuentra la misma y su número de seguridad social.</li></ol>
<b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b> 8.- Gestión del Registro Patronal Único
Asignación del Registro Patronal Único
<b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b> Diez días hábiles.
<b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b> 3 días hábiles siguientes a la presentación del trámite.
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b> No aplica.
<b>DATOS</b> <b>Datos generales del patrón o sujeto obligado</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Un Número Patronal de Identificación Electrónica (NPIE) y Certificado Digital vigente.</li><li>2. Números de Registro patronal para adherir al Registro Patronal Único.</li></ol>
<b>DOCUMENTOS</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. No aplica.</li></ol>
Cancelación del Registro Patronal Único
<b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b> Inmediato.
<b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b> Inmediato.
<b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b> No aplica.

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

1. Un Número Patronal de Identificación Electrónica (NPIE) y Certificado Digital vigente.
2. Registro Patronal Único a cancelar.

**DOCUMENTOS**

1. No aplica.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

9.- Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Dos días hábiles a partir de la recepción de la solicitud cuando se trate de Corrección de Nombre y/o Datos Estadísticos.

En los casos de que se determine que el asegurado tiene más de un número de seguridad social o su número tiene una homonimia o invasión que involucra a otro asegurado el tiempo de respuesta será máximo de 40 días hábiles.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

1 días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS Y DOCUMENTOS**

Los datos de información y documentos contenidos en el formato "Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado", el cual se adjunta al presente Acuerdo.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

10.- Solicitud de aclaración de movimientos afiliatorios

Aclaración o rectificación a los movimientos afiliatorios de alta, reingreso, o modificación de salario

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Cinco días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación, hasta por 10 casos en aclaración o rectificación, aumentando 5 días hábiles por cada 10 casos adicionales.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

2 días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Definitiva, una vez efectuada la aclaración.

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

1. Nombre, denominación o razón social del patrón o sujeto obligado.
2. Registro Patronal.
3. Número de Seguridad Social del trabajador o sujeto de aseguramiento.
4. Nombre completo del trabajador o sujeto de aseguramiento.
5. Dato correcto de fecha de ingreso al trabajo y/o salario del trabajador o sujeto de aseguramiento correcto.
6. Datos contenidos en los avisos de movimientos afiliatorios de reingreso y modificación de salarios.

**DOCUMENTOS**

1. Escrito libre.
2. Tarjeta de Identificación Patronal, original.
3. Formato AFIL-02 (DOF 16 noviembre 1999, HCT 455/1999) o AFIL-03 (DOF 16 noviembre 1999, HCT 455/1999) con los datos correctos, en original.

4. Documentos que comprueben fehacientemente su petición, copia y original para su cotejo.
5. Avisos afiliatorios de trabajador correspondientes a la inscripción del asegurado y a la modificación de salarios (actualmente formato AFIL-02 (DOF 16 noviembre 1999, HCT 455/1999) y/o formato AFIL-03 (DOF 16 noviembre 1999, HCT 455/1999)), en original.
6. En caso de que el patrón, sujeto obligado o representante legal haya presentado los movimientos afiliatorios que pretende aclarar o rectificar a través de dispositivo magnético o transmisión electrónica, deberá presentar el comprobante que al efecto haya expedido el Instituto, respecto de los movimientos procesados por ese medio, copia y original para su cotejo.

Aclaración de la aportación a cubrir por el patrón o sujeto obligado cuando el trabajador preste sus servicios a varios patrones

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Cinco días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación, hasta por 10 casos en aclaración o rectificación, aumentando 5 días hábiles por cada 10 casos adicionales.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

2 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Hasta en tanto no se modifiquen las condiciones de aseguramiento.

**DATOS**

**Datos generales del patrón o sujeto obligado**

1. Nombre, denominación o razón social del patrón o sujeto obligado.
2. Registro patronal.
3. Domicilio del patrón o sujeto obligado.
4. Nombre completo del trabajador o sujeto de aseguramiento.
5. Número de Seguridad Social del trabajador o sujeto de aseguramiento.
6. Fecha real de la baja del asegurado que servirá de base para la aplicación del Artículo 37 de la Ley del Seguro Social.

**DOCUMENTOS**

1. Escrito libre.
2. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.
3. Identificación oficial, copia y original para su cotejo.

Aclaración de movimientos afiliatorios de baja

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Cinco días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación, hasta por 10 casos en aclaración, aumentando 5 días hábiles por cada 10 casos adicionales.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

2 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Definitiva, una vez efectuada la aclaración.

**DATOS**

**Datos generales del patrón o sujeto obligado**

1. Nombre, denominación o razón social del patrón o sujeto obligado.
2. Registro patronal.

<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Domicilio del patrón o sujeto obligado.</li> <li>4. Nombre completo del trabajador o sujeto de aseguramiento.</li> <li>5. Número de Seguridad Social del trabajador o sujeto de aseguramiento.</li> <li>6. Fecha real de la baja del asegurado que servirá de base para la aplicación del Artículo 37 de la Ley del Seguro Social.</li> </ol> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.</li> <li>2. Comprobante que al efecto haya expedido el Instituto respecto de los movimientos procesados a través de dispositivo magnético o transmisión electrónica, copia y original para su cotejo.</li> <li>3. En caso de que el patrón o sujeto obligado haya presentado el Aviso de Baja del Trabajador o Asegurado, en formato AFIL 04 (DOF 16 noviembre 1999, HCT 455/1999) deberá presentar copia y original para su cotejo.</li> </ol>
<p><b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b></p> <p>11.- Asignación de número patronal de identificación electrónica (NPIE) y certificado digital</p>
<p>Solicitud de certificado digital</p>
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Después de haber entregado la documentación completa en ventanilla de la Subdelegación, es no mayor a una hora.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>No aplica.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p><b>Datos generales del patrón o sujeto obligado</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registro patronal vigente.</li> <li>2. Datos de identificación del Patrón, Sujeto Obligado o Representante Legal.</li> <li>3. Datos de su domicilio fiscal.</li> <li>4. Dirección de Correo electrónico Clave de usuario y contraseña.</li> </ol> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impresión de la Carta de Términos y Condiciones para la Obtención y Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital, firmada autógrafamente, copia y original para su cotejo.</li> <li>2. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.</li> <li>3. Identificación Oficial, copia y original para su cotejo.</li> <li>4. En su caso, poder notarial para actos de dominio o administración, donde acredite la Representación Legal, copia y original para su cotejo.</li> </ol>
<p>Solicitud de Certificado Digital Adicional asociado a su Certificado Digital</p>
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Después de haber efectuado la solicitud electrónica, es no mayor a 10 días hábiles.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>3 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>No aplica.</p>

<p><b>DATOS</b></p> <p><b>Datos generales del patrón o sujeto obligado</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Datos de identificación del personal designado.</li> <li>2. CURP del personal designado.</li> <li>3. Dirección de correo electrónico.</li> </ol> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <p>No aplica.</p>
<p><b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b></p> <p>12.- Modificaciones al Esquema de Control de Matriz y Sucursales</p>
<p>Adhesión</p>
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>No aplica.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p><b>Datos generales del patrón o sujeto obligado</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificado Digital (archivo con extensión .pfx).</li> <li>2. Clave de usuario y contraseña.</li> </ol> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <p>No aplica.</p>
<p>Cambio de permisos a sucursales</p>
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>No aplica.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p><b>Datos generales del patrón o sujeto obligado</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificado Digital (archivo con extensión .pfx).</li> <li>2. Clave de usuario y contraseña.</li> </ol> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <p>No aplica.</p>
<p>Disociación</p>
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p>

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Certificado Digital (archivo con extensión .pfx).
2. Clave de usuario y contraseña.

**DOCUMENTOS**

No aplica.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

13.- Cancelación de Número Patronal de Identificación Electrónica (NPiE) y Certificado Digital

Vía Internet

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Certificado Digital (archivo con extensión .pfx).
2. Clave de usuario y contraseña.

**DOCUMENTOS**

No aplica.

Presencial

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

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

1. Nombre del patrón, sujeto obligado o representante legal.
2. Número Patronal de Identificación Electrónica.
3. Número de folio el cual se encuentra impreso en la Carta de Términos y Condiciones de Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital.
4. Registro Federal de Contribuyentes.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación Oficial del patrón o es su caso del representante legal, copia y original para su cotejo.
2. Tarjeta de Identificación Patronal, en original.

<p>3. Copia de la Carta de Términos y Condiciones para la Obtención y Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital que firmó al solicitar la asignación (en caso de contar con ella), copia y original para su cotejo.</p> <p>4. Carta de Solicitud de Cancelación de Certificado Digital (DOF 18 enero 2005, HCT 43/2004), copia y original para su cotejo.</p> <p>5. Poder Notarial del representante legal, en su caso, copia y original para su cotejo.</p>
Certificado digital adicional vía Internet
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>No aplica.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p><b>Datos generales del patrón o sujeto obligado</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Certificado Digital (archivo con extensión .pfx).</li> <li>Clave de usuario y contraseña.</li> </ol> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <p>No aplica.</p>
<p><b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b></p> <p>14. Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social</p>
Trabajador Doméstico
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>1 día hábil.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>1 año.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p><b>Del trabajador doméstico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nombre(s) apellido paterno y materno.</li> <li>Número de Seguridad Social.</li> <li>Clave Única de Registro de Población (CURP).</li> <li>Sexo.</li> <li>Domicilio (Puede ser del patrón, si sus labores implican la pernocta en el domicilio donde labora).</li> <li>Teléfono, en su caso.</li> <li>Lugar y Fecha de Nacimiento (Entidad Federativa o País de nacimiento, Día, Mes, Año).</li> <li>Salario Diario Integrado que perciba.</li> <li>Nombre(s) apellido(s) paterno y materno de los padres (aun finados).</li> <li>Firma o huella dactilar.</li> </ol>

**DOCUMENTOS****Del trabajador doméstico:**

1. Identificación oficial, copia y original para su cotejo.
2. Comprobante de domicilio, copia y original para su cotejo (Puede ser el del patrón, si sus labores implican la pernocta en el domicilio donde labora).
3. Copia certificada de acta de nacimiento para su cotejo y copia simple.
4. Clave Única de Registro de Población (CURP), copia.
5. Cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.

**Del patrón del trabajador doméstico:**

1. Identificación Oficial, original y copia.
2. Aviso de Inscripción Patronal o Tarjeta de Identificación Patronal del Régimen Obligatorio, original.
3. Comprobante del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento, copia.

**En el caso de incorporaciones subsecuentes, oportunas, dentro de los 30 días naturales anteriores al vencimiento:**

1. Identificación Oficial del patrón del trabajador doméstico, original y copia.
2. Comprobante del pago de la cuota anual anticipada del aseguramiento, copia.
3. En caso de cambiar de domicilio, comprobante de domicilio del trabajador doméstico, copia (Puede ser del patrón, si sus labores implican la pernocta en el domicilio donde labora).
4. En caso de que la solicitud sea presentada de manera extemporánea, deberá presentar escrito dentro de los 30 días naturales posteriores al vencimiento, original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

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. Nombre(s) apellido paterno y materno.
2. Número de Seguridad Social.
3. Número de Registro Patronal en el Régimen Obligatorio del Seguro Social.
4. Clave Única de Registro de Población (CURP).
5. Sexo.
6. Domicilio.
7. Teléfono, si cuenta con él.
8. Lugar y Fecha de nacimiento (Entidad Federativa o País de nacimiento, Día, Mes y Año).
9. Nombre(s) apellido(s) paterno y materno de los padres (aun finados).
10. Firma o huella dactilar.

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

1. Identificación Oficial, copia y original para su cotejo.
2. Comprobante de domicilio, copia y original para su cotejo.
3. Aviso del Registro Patronal en el Régimen Obligatorio del Seguro Social o Tarjeta de Identificación Patronal del Régimen Obligatorio, original.
4. Copia certificada de acta de nacimiento para su cotejo y copia simple.
5. Clave Única de Registro de Población (CURP).
6. Cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.
7. Comprobante del pago de la cuota anual anticipada del aseguramiento, copia.

**En el caso de incorporaciones subsecuentes oportunas, dentro de los 30 días naturales anteriores al vencimiento**

1. Identificación Oficial, original y copia.
2. Comprobante del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento, copia.
3. En caso de cambiar de domicilio, comprobante de domicilio, copia.
4. En caso de que la solicitud sea presentada de manera extemporánea, deberá presentar escrito dentro de los 30 días naturales posteriores al vencimiento, original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

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. Nombre(s) apellido paterno y materno.
2. Número de Seguridad Social.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP).
4. Sexo.
5. Domicilio.
6. Teléfono, si cuenta con él.
7. Lugar y fecha de nacimiento (Entidad Federativa o País de nacimiento, día, mes y año).
8. Nombre(s) apellido(s) paterno y materno de los padres (aun finados).
9. Registro Federal de Contribuyentes (RFC) para comprobar actividad económica, si cuenta con él, o en su caso documento que compruebe su actividad.
10. Firma o huella dactilar.

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

1. Identificación Oficial, copia y original para su cotejo.
2. Comprobante de domicilio, copia y original para su cotejo.
3. Copia certificada de acta de nacimiento para su cotejo y copia simple.
4. Clave Única de Registro de Población (CURP), copia.
5. Cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.
6. Comprobante del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento, copia.

**En el caso de incorporaciones subsecuentes oportunas, dentro de los 30 días naturales anteriores al vencimiento**

1. Identificación Oficial, copia y original para su cotejo.
2. Comprobante del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento, copia.
3. En caso de cambiar de domicilio, comprobante de domicilio, copia.
4. En caso de que la solicitud sea presentada de manera extemporánea, deberá presentar escrito dentro de los 30 días naturales posteriores al vencimiento, original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

**En el caso de incorporación en forma colectiva:**

1. Convenio vigente, copia.
2. Identificación oficial del Representante legal de la persona moral, original.
3. Aviso del Registro Patronal en el Régimen Obligatorio del Seguro Social o Tarjeta de Identificación Patronal del Régimen Obligatorio, de la persona moral, original.
4. La documentación establecida para la incorporación de por lo menos 25 trabajadores no asalariados del ámbito urbano (descrita en los puntos del 1 al 6).

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. Nombre(s) apellido paterno y materno.
2. Número de Seguridad Social.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP).
4. Sexo.
5. Domicilio.
6. Teléfono, si cuenta con él.
7. Lugar y fecha de nacimiento (Entidad Federativa o País de nacimiento, día, mes y año).
8. Nombre(s) apellido(s) paterno y materno (aun finados).
9. Firma o huella dactilar.

**DOCUMENTOS****Del trabajador no asalariado del campo**

1. Identificación Oficial, copia y original para su cotejo.
2. Comprobante de domicilio, copia y original para su cotejo.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP), copia.
4. Copia de certificado de derechos agrarios expedido por autoridad competente o de Certificado parcelario o de derechos comunes o de Sentencia o resolución relativa del tribunal agrario, para el aseguramiento de ejidatarios o, de Escrito libre del Comisariado de Bienes Comunales, para el aseguramiento de comuneros o Título de Propiedad Agraria, para el aseguramiento de pequeños propietarios.
5. Cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.
6. Comprobante del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento.

**En el caso de incorporaciones subsecuentes oportunas, dentro de los 30 días naturales anteriores al vencimiento:**

1. Identificación Oficial, copia y original para su cotejo.
2. Comprobante del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento, copia.
3. En caso de cambiar de domicilio, comprobante de domicilio, copia.
4. En caso de que la solicitud sea presentada de manera extemporánea, deberá presentar escrito dentro de los 30 días naturales posteriores al vencimiento, original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

**En el caso de incorporación en forma colectiva:**

1. Convenio vigente, copia.
2. Identificación oficial del Representante legal de la persona moral, original.
3. Aviso del Registro Patronal en el Régimen Obligatorio del Seguro Social o Tarjeta de Identificación Patronal del Régimen Obligatorio, de la persona moral, original.
4. La documentación establecida para la incorporación de por lo menos 25 trabajadores no asalariados del campo (descrita en los puntos del 1 al 8).

**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. Nombre(s) apellido paterno y materno.
2. Número de Seguridad Social.
3. Domicilio.
4. Lugar y fecha de nacimiento (Entidad Federativa o País de nacimiento, día, mes y año).
5. Sexo.

6. Parentesco del solicitante con sus familiares a incorporar.
7. Clave Única de Registro de Población (CURP).
8. Teléfono, si cuenta con él.
9. Firma o huella dactilar.

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

1. Identificación Oficial (Para menores de edad es suficiente el acta de nacimiento), copia y original para su cotejo.
2. Copia certificada de acta de nacimiento para su cotejo y copia simple del solicitante (Para extranjeros es suficiente la presentación de su pasaporte vigente o FM2 o FM3 del Instituto Nacional de Migración).
3. Clave Única de Registro de Población (CURP), copia.
4. Comprobante de domicilio del solicitante y de cada familiar a incorporar, cuando éste sea diferente (tratándose de mexicanos que residan en el extranjero el comprobante que acredite que es residente en el extranjero), copia y original para su cotejo.
5. Copia simple de la copia certificada del acta de matrimonio del solicitante, en su caso.
6. Cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.
7. Dos Fotografías recientes tamaño infantil.
8. En su caso, escrito del solicitante mediante el cual se manifiesta que carece de familia, en original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.
9. Comprobante(s) del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento, copia.

**Tratándose de mexicanos que laboran en el extranjero que decidan ser inscrito 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.

**En el caso de incorporaciones subsecuentes oportunas dentro de los 30 días naturales anteriores al vencimiento:**

1. Identificación Oficial, original.
2. Comprobante(s) del pago de la cuota anual anticipada por el aseguramiento, copia.
3. En caso de cambiar de domicilio, comprobante de domicilio, copia.
4. En caso de que la solicitud sea presentada de manera extemporánea, deberá presentar escrito mediante el cual manifieste haber adquirido alguna enfermedad y requiera continuidad en su atención médica, dentro de los 45 días hábiles posteriores al vencimiento, original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

**En el caso de incorporación en forma colectiva:**

1. Convenio vigente, copia.
2. Identificación oficial del representante legal de la persona moral, original.
3. Aviso del Registro Patronal en el Régimen Obligatorio del Seguro Social o Tarjeta de Identificación Patronal del Régimen Obligatorio, de la persona moral, original.
4. La documentación establecida para la incorporación de por lo menos 50 sujetos de aseguramiento (descrita en los puntos del 1 al 8).

**NOMBRE DEL TRÁMITE:**

16.- Solicitud de adhesión al decreto por el que se otorgan beneficios fiscales a los patrones y trabajadores eventuales del campo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Mientras Decreto se encuentre vigente.

**DATOS****Del Patrón**

1. Nombre, denominación o razón social del patrón y, en su caso, del representante legal.
2. Número de Registro Patronal.
3. Domicilio Fiscal.
4. Ubicación del centro de trabajo.
5. Lugar y fecha en que se realiza la solicitud.

**DOCUMENTOS****Del Patrón**

1. Escrito libre dirigido a la Subdelegación que corresponda a su centro de trabajo en original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

**NOMBRE DEL TRÁMITE:**

17.- Aviso mensual sobre el uso del formato de autorización provisional para atención médica para trabajadores eventuales del campo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 mes.

**DATOS****Del Patrón**

1. Anotar que se trata de un Informe.
2. Nombre, denominación o razón social y, en su caso, del representante legal.
3. Domicilio fiscal.
4. Número de Registro Patronal.
5. Motivo de la solicitud (indicando el nombre del trabajador a quien se le haya proporcionado cada formato, el número de folio del formato y la fecha de entrega del formato. Asimismo, deberá indicar sobre los formatos usados derivados de una enfermedad o accidente de trabajo).
6. Firma o huella dactilar.

**DOCUMENTOS****Del Patrón**

1. Escrito libre dirigido a la Subdelegación que corresponda a su centro de trabajo, en original y si el interesado requiere que se le acuse de recibo, deberá adjuntar una copia para ese efecto.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

18.- Presentación de la determinación anual de la prima en el seguro de riesgos de trabajo.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

N/A.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

N/A.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Primero de marzo al último día del mes de febrero del siguiente año.

**DATOS**

Los correspondientes al formato CLEM-22 "Determinación de la Prima del Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad" (DOF 09 enero 2007, HCT 482/2006), aplican en este trámite:

**Datos generales de la Empresa:**

1. Nombre, denominación o razón social.
2. Registro patronal.
3. Actividad económica o giro.
4. Domicilio y teléfono.
5. Clase de riesgo, fracción y prima anterior.

**Datos base para determinar la prima:**

1. Siniestralidad laboral registrada por la empresa durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del año de que se trate:
  - ✓ Días subsidiados.
  - ✓ Suma de porcentajes de incapacidades permanentes parciales y totales divididos entre 100.
  - ✓ Número de defunciones.
  - ✓ Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.

**Resultado de la Determinación de la Prima:**

1. Nueva prima determinada.
2. Precisar si se registró siniestralidad laboral (SI / NO).
3. Precisar si se anexa la "Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados" (SI / NO).

**Acreditación de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social**

SI / NO.

Los correspondientes al formato CLEM-22 A "Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados" (DOF 09 enero 2007, HCT 482/2006), aplican en este trámite:

**Datos generales de la Empresa:**

1. Nombre, denominación o razón social.
2. Registro patronal.
3. Domicilio y teléfono.

**En la relación de casos de riesgos de trabajo terminados:****Del trabajador:**

1. Número de seguridad social del trabajador.
2. Clave Única de Registro de Población.
3. Nombre del asegurado.

**Del riesgo de trabajo, en su caso:**

4. Si se trata de recaída o revaluación.
5. Fecha del accidente o enfermedad de trabajo.
6. Tipo de riesgo.
7. Días subsidiados.
8. Porcentaje de incapacidad permanente parcial o total.
9. Defunción.
10. Fecha de alta.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

19.- Presentación de escrito patronal de desacuerdo.

En materia de Clasificación de Empresas

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

3 meses.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del escrito.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

1. Nombre, denominación o razón social del patrón y, en su caso, del representante legal.
2. Número de Registro Patronal (NRP).
3. Domicilio para oír y recibir notificaciones.
4. Ubicación del centro de trabajo.
5. Lugar y fecha en que se realiza la solicitud.
6. Motivo de la petición que formula.

**DOCUMENTOS**

1. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP), copia y original para cotejo.
2. Identificación Oficial del patrón, sujeto obligado o representante legal; para este último documento que acredite este carácter, copia y original para cotejo.
3. Escrito libre dirigido a la Delegación o Subdelegación que haya emitido la resolución, copia y original.
4. Resolución que motive el desacuerdo, copia y original para cotejo.
5. Documentación que sustente el desacuerdo, copia y original para cotejo.

Respecto de la Prima de Riesgos de Trabajo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

3 meses.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del escrito.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

1. Nombre, denominación o razón social del patrón y, en su caso, del representante legal.
2. Número de Registro Patronal (NRP).
3. Domicilio para oír y recibir notificaciones.
4. Ubicación del centro de trabajo.
5. Lugar y fecha en que se realiza la solicitud.
6. Motivo de la petición que formula.

**DOCUMENTOS**

1. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP), copia y original para cotejo.
2. Identificación Oficial del patrón, sujeto obligado o representante legal; para este último documento que acredite este carácter, copia y original para cotejo.
3. Escrito libre dirigido a la Delegación o Subdelegación que haya emitido la resolución, copia y original.
4. Resolución que motive el desacuerdo, copia y original para cotejo.
5. Documentación que sustente el desacuerdo, en original.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

20.- Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo.

Por cambio de actividad

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos** que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

Por incorporación de actividades; por sustitución patronal

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos** que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

Por compra de activos, por cualquier acto de enajenación; por arrendamiento; por comodato, por fideicomiso traslativo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos** que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

Por cambio de domicilio

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos** que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

Por fusión; por escisión para la empresa escidente

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos** que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

Por reanudación de actividades

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos** que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

Por cambio por disposición de Ley o del RACERF

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

**Datos** que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, cuando el Instituto los requiera:

Especificar su giro.

Presta Servicios de Personal (Marque con una X: SI / NO).

Si presta servicios de personal marque con una X a qué tipo corresponde de las siguientes:

- Agencias de empleo temporal,
- Suministro de personal permanente y,
- Servicios combinados de apoyo en instalaciones.

**DOCUMENTOS**

Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo", que se adjunta al presente Acuerdo.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

21.- Solicitud de registro y actualización de derechohabientes

Para registro de esposa(o)

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo de la esposa(o): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).
4. Lugar de nacimiento.
5. Fecha de matrimonio (día/mes/año).
6. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).

**DOCUMENTOS**

1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a) y de la esposa(o), en original.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.
4. Copia certificada de acta de matrimonio expedida por el registro civil.

Para actualización de datos de esposa(o)

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo de la esposa(o): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).
4. Lugar de nacimiento.
5. Fecha de matrimonio (día/mes/año).
6. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).

**DOCUMENTOS**

1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a) y de la esposa(o), en original.

<p>3. Copia certificada de acta de matrimonio expedida por el registro civil.</p> <p>4. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.</p> <p><b>Para la actualización de domicilio, o en su caso el cambio de unidad médica de adscripción, por cambio de domicilio de la esposa(o):</b></p> <p>1. Comprobante de domicilio, en original.</p>
<p>Para baja de esposa(o)</p>
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p>1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).</p> <p>2. Nombre completo de la esposa(o): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).</p> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <p>1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</p> <p>2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</p> <p>3. Presentar uno de los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Copia certificada del acta de divorcio,</li> <li>Copia certificada de la sentencia de divorcio y del auto que la declaró ejecutoriada,</li> <li>Copia certificada de la sentencia ejecutoria que declaró inexistente o nulo el matrimonio,</li> <li>Copia certificada del acta de matrimonio, en la que el registro civil asentó que el matrimonio respectivo ha quedado disuelto por divorcio, declaratoria de nulidad o inexistencia,</li> <li>Copia certificada del acta de defunción de la esposa(o).</li> </ol>
<p>Para registro de concubina(rio)</p>
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>2 días hábiles.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>1 día hábil.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p>1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).</p> <p>2. Nombre completo de la concubina(rio): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).</p> <p>3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).</p> <p>4. Lugar de Nacimiento.</p> <p>5. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).</p> <p>6. Los datos requeridos en el Formato SAV 004 "Solicitud de Inscripción de Beneficiario(a), Concubina o Concubinario" (DOF 7 de marzo de 2007).</p> <p>7. El solicitante deberá proporcionar los datos que le sean requeridos en el cuestionario proporcionado por el IMSS, para la comprobación de la convivencia y dependencia económica.</p>

**DOCUMENTOS**

1. Alguno donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a) y de la concubina(rio), en original.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.
4. Comprobante de domicilio a nombre del asegurado(a) o pensionado(a) y concubina(rio), en original.
5. SAV 004 "Solicitud de Inscripción de Beneficiario(a), Concubina o Concubinario" (DOF 7 de marzo de 2007), en original.

**Presentar uno de los siguientes documentos en caso de registro de concubina(rio) con hijo(s) procreados:**

1. Copia certificada de acta de nacimiento.
2. Copia certificada de acta de reconocimiento del hijo(a) procreado entre ambos, en la que conste que comparecieron en el registro civil, tanto el asegurado(a) o pensionado(a), así como la concubina(rio) propuesta(o) para el registro.

Para actualización de datos de concubina(rio)

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo de la concubina(rio): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).
4. Lugar de Nacimiento.
5. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).

**DOCUMENTOS**

1. Alguno donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a) y de la concubina(rio), original.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), original.

Para baja de concubina(rio)

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo de la concubina(rio): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).

**DOCUMENTOS**

1. Alguno donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
3. Presentar uno de los siguientes documentos:
  - a. En caso de baja por fallecimiento de la concubina(rio), copia certificada del acta de defunción.
  - b. En caso de baja por término de concubinato, declaración expresa y por escrito bajo protesta de decir verdad, que el concubinato terminó, o declaración expresa y por escrito bajo protesta de decir verdad, que la dependencia económica terminó, en original.

Para registro de padre o madre

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

2 días hábiles.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

1 día hábil.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo del padre o madre: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).
4. Lugar de Nacimiento.
5. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).
6. Los datos requeridos en el Formato SAV 003 "Solicitud de Inscripción de Beneficiarios Padres" (DOF 7 de marzo de 2007).
7. El solicitante deberá proporcionar los datos que le sean requeridos en el cuestionario proporcionado por el IMSS, para la comprobación de la convivencia y dependencia económica.

**DOCUMENTOS**

1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Copia certificada del acta de nacimiento o reconocimiento o de adopción del asegurado(a) o pensionado(a).
3. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), y del padre o de la madre, en original.
4. Comprobante de domicilio a nombre del asegurado(a) o pensionado(a), y del padre o de la madre, en original.
5. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.
6. SAV 003 "Solicitud de Inscripción de Beneficiarios Padres" (DOF 7 de marzo de 2007), en original.

Para actualización de datos de padre o madre

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo del padre o madre: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).
4. Lugar de Nacimiento.
5. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).

**DOCUMENTOS**

1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), y del padre o de la madre, en original.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.

Para baja de padre o madre

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo del padre o madre: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).

**DOCUMENTOS**

1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), y del padre o de la madre.
3. Presentar uno de los siguientes documentos:
  - a. En caso de baja por fallecimiento del padre o madre, Copia certificada del acta de defunción.
  - b. En caso de baja por término de la dependencia económica y/o convivencia, declaración expresa y por escrito del asegurado(a) o pensionado(a), bajo protesta de decir verdad, que la dependencia económica y/o convivencia terminó, en original.

Para registro de hijo(a)

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo del hijo(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).

4. Lugar de Nacimiento.
5. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).

**DOCUMENTOS**

1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
3. Presentar uno de los siguientes documentos:
  - a. Copia certificada de acta de nacimiento del hijo(a) consanguíneo.
  - b. Copia certificada del acta de adopción, debiéndose tener presente que la adopción para que surta efectos, debe ser consumada mediante resolución judicial ejecutoriada, la cual debe estar transcrita en la copia certificada del acta de adopción que se levante por el registro civil, cuando así lo exija la legislación local, o en los términos de ésta en su caso, del hijo adoptivo.
  - c. Copia certificada del acta de reconocimiento, del hijo reconocido.
4. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.

Para actualización de datos de hijo(a)

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo del hijo(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).
4. Lugar de Nacimiento.
5. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).

**DOCUMENTOS**

1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
3. Presentar uno de los siguientes documentos:
  - a. Copia certificada de acta de nacimiento del hijo(a) consanguíneo.
  - b. Copia certificada del acta de adopción, debiéndose tener presente que la adopción para que surta efectos, debe ser consumada mediante resolución judicial ejecutoriada, la cual debe estar transcrita en la copia certificada del acta de adopción que se levante por el registro civil, cuando así lo exija la legislación local, o en los términos de ésta en su caso, del hijo adoptivo.
  - c. Copia certificada del acta de reconocimiento, del hijo reconocido.
4. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.

**En caso de hijos mayores de 16 años y hasta los 25 años que se encuentren realizando estudios en planteles del sistema educativo nacional:**

1. Constancia de estudios en original, expedida por la institución educativa que forme parte del Sistema Educativo Nacional (con reconocimiento y validez oficial), la cual debe contener:

- a. Nombre de la escuela que la expide,
- b. Nombre del estudiante a que se refiere,
- c. Número de incorporación,
- d. Grado que cursa y/o carrera,
- e. Periodo escolar con fecha de inicio y término considerando vacaciones.

**En caso de hijos mayores de 16 años cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padece:**

1. Dictamen médico en original, expedido por los servicios médicos institucionales, que contenga:
  - a. Fecha probable de inicio,
  - b. Fecha probable de término.

**Para la actualización de domicilio, o en su caso el cambio de unidad médica de adscripción, por cambio de domicilio del hijo(a):**

1. Comprobante de domicilio, en original.

Para baja de hijo(a)

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo del hijo(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).

**DOCUMENTOS**

1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
3. Copia certificada del acta de defunción.

Para registro de asegurado(a) o pensionado(a)

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo del asegurado(a) o pensionado(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).
4. Lugar de Nacimiento.

<p>5. Domicilio.</p> <p>6. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).</p> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <p>1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</p> <p>2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</p> <p>3. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.</p> <p>4. Comprobante de domicilio, en original.</p>
Para actualización de datos de asegurado(a) o pensionado(a)
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p>1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).</p> <p>2. Nombre completo del asegurado(a) o pensionado(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).</p> <p>3. Fecha de nacimiento (día/mes/año).</p> <p>4. Lugar de Nacimiento.</p> <p>5. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).</p> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <p>1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</p> <p>2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</p> <p>3. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.</p> <p><b>Para la actualización de domicilio, o en su caso el cambio de unidad médica de adscripción, por cambio de domicilio del asegurado(a) o pensionado(a):</b></p> <p>1. Comprobante de domicilio, en original.</p>
Para baja de asegurado(a) o pensionado(a)
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p>1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).</p> <p>2. Nombre completo del asegurado(a) o pensionado(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).</p>

<p><b>DOCUMENTOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Algún documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</li> <li>2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</li> <li>3. Copia certificada del acta de defunción.</li> </ol>
<p><b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b></p> <p>22.- Solicitud de constancia de vigencia de derechos para recibir servicios médicos</p>
<p>A petición del patrón o sujeto obligado</p>
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.</p> <p><b>DATOS</b></p> <p>Los datos indicados en el formato SAV 009 "Autorización para Recibir Servicios Médicos" (DOF 19 de julio de 2005).</p> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP), en original.</li> <li>2. Identificación oficial del patrón o sujeto obligado, en original.</li> <li>3. SAV 009 "Autorización para Recibir Servicios Médicos" (DOF 19 de julio de 2005), en original.</li> </ol>
<p>A petición del asegurado(a) o pensionado(a)</p>
<p><b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b></p> <p>Inmediato.</p> <p><b>VIGENCIA DEL TRÁMITE</b></p> <p>Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.</p> <p><b>DATOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).</li> <li>2. Nombre completo del asegurado(a) o pensionado(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).</li> <li>3. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).</li> </ol> <p><b>DOCUMENTOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documento donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</li> <li>2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.</li> <li>3. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional), en original.</li> </ol>
<p><b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b></p> <p>23.- Autorización de servicios en circunscripción foránea</p>
<p>A petición del patrón o sujeto obligado</p>

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

2 días hábiles.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

1 día hábil.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a).
2. Nombre completo del asegurado(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Clave Única de Registro de Población (CURP) del asegurado(a) (opcional).
4. Domicilio donde residirá el asegurado(a).

**DOCUMENTOS**

1. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP), en original.
2. Identificación oficial del patrón o representante legal, en original.
3. Carta Patronal en original, en la que el patrón haga constar que el asegurado deberá cambiar de residencia por motivos de trabajo, y recibirá las prestaciones en especie y en dinero.

A petición del asegurado(a) o pensionado(a)

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. Está condicionada a la vigencia de derechos del asegurado(a) o pensionado(a), así como a la existencia de las condiciones que dieron origen al trámite.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a).
2. Nombre completo del asegurado(a) o pensionado(a) y del beneficiario(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Clave Única de Registro de Población (CURP) (opcional).
4. Domicilio donde residirá el derechohabiente.

**DOCUMENTOS**

1. Alguno donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), en original.
3. Comprobantes de domicilio donde residirá el derechohabiente.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

24.- Solicitud de certificado de baja para el retiro por desempleo.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

90 días naturales.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del trabajador(a).
2. El nombre completo del trabajador(a) que fue dado de baja del IMSS, porque dejó de estar sujeto a una relación laboral y quedó desempleado: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Clave Única de Registro de Población (CURP).
4. Los señalados en la Solicitud de Certificado de Baja para el Retiro por Desempleo SAV 021 (DOF 16 de marzo de 2006).

**DOCUMENTOS**

1. Alguno donde conste el Número de Seguridad Social del trabajador(a) que fue dado de baja del IMSS, porque dejó de estar sujeto a una relación laboral y quedó desempleado, en original.
2. Dos últimos estados de cuenta expedidos por la AFORE en la que se encuentre registrado el trabajador(a), en original.
3. Identificación oficial del trabajador(a), en original.
4. Solicitud de Certificado de Baja para el Retiro por Desempleo SAV 021 (DOF 16 de marzo de 2006), en original.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

25.- Solicitud de constancia de semanas reconocidas

Constancia de semanas reconocidas en el IMSS

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

2 días hábiles.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

1 día hábil.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a).
2. Nombre completo del asegurado(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Clave Única de Registro de Población (CURP).

**DOCUMENTOS**

1. Alguno donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a), en original.

Constancia de periodos reconocidos IMSS-ISSSTE

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

3 meses.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

30 días naturales.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

1. Nombre del solicitante: apellido paterno, materno y nombre(s).
2. Número de seguridad social (NSS-IMSS).
3. Registro Federal de Contribuyentes (RFC).
4. Clave Única de Registro de Población (CURP).
5. Teléfono.
6. Lugar de nacimiento.
7. Fecha de nacimiento.
8. Sexo.
9. Domicilio.
10. Correo electrónico (opcional).
11. Historia laboral de cotización para el IMSS (Nombre del patrón, entidad federativa, fecha de inicio y término de labores).
12. Historia laboral de cotización para el ISSSTE (Nombre del patrón, entidad federativa, fecha de inicio y término de labores).
13. Firma del solicitante.

**DOCUMENTOS**

1. Alguno donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a), en original.

Constancia de aclaración de semanas cotizadas ante el IMSS

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

3 meses.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

30 días naturales.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Indeterminada. En tanto existan las condiciones que le dieron origen.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social del asegurado(a).
2. Nombre completo del asegurado(a): apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
3. Domicilio.
4. Nombre o denominación de los patrones con los que ha laborado.
5. Periodo laborado con cada uno de los patrones.
6. Entidad Federativa en la cual se encuentran los patrones con los que ha laborado el trabajador.
7. Clave Única de Registro de Población (CURP).
8. Firma del asegurado(a).

**DOCUMENTOS**

1. Alguno donde conste el Número de Seguridad Social del asegurado(a), en original.
2. Identificación oficial del asegurado(a), en original.
3. Escrito libre dirigido a la Subdelegación que haya emitido la resolución, copia y original.
4. Avisos Afiliatorios que comprueben su registro en el IMSS (opcional), en original.

**II. IDENTIFICACIONES OFICIALES Y COMPROBANTES DE DOMICILIO VÁLIDOS.**

En los trámites antes señalados, cuando se refiera a la identificación oficial y al comprobante de domicilio, los usuarios podrán presentar indistintamente cualquiera de los documentos que a continuación se listan:

Identificación oficial	Comprobantes de domicilio
<p>a) Credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral,</p> <p>b) Pasaporte vigente,</p> <p>c) Cartilla del servicio militar nacional,</p> <p>d) Cédula profesional,</p> <p>e) Matrícula consular (documento de identidad que expiden el Gobierno Mexicano a través de los consulados mexicanos a favor de un connacional),</p> <p>f) Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros,</p> <p>g) En caso de extranjero, Forma migratoria FM2 o FM3 expedida por el Instituto Nacional de Migración,</p> <p>h) Credencial ADIMSS</p>	<p>a) Contratos vigentes que pueden estar a nombre del patrón o asegurado, según corresponda, o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a tres meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.</li> <li>• Subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.</li> <li>• Fideicomiso debidamente protocolizado.</li> <li>• Apertura de cuenta bancaria.</li> <li>• Servicio de luz, teléfono o agua.</li> </ul> <p>b) Copia certificada de escrituras de su propiedad inmobiliaria.</p> <p>c) Estado de cuenta a nombre del patrón o asegurado, según corresponda, y tener una antigüedad no mayor a tres meses. Expedido por las instituciones del sistema financiero.</p> <p>d) Recibos de pago a nombre del patrón o asegurado, según corresponda, o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a tres meses o tratándose de pago anual deberá corresponder al ejercicio en curso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del impuesto predial,</li> <li>• Del servicio de luz,</li> <li>• Del servicio telefónico (excepto celular),</li> <li>• Del servicio de suministro de agua,</li> <li>• Del servicio de suministro de gas,</li> <li>• De televisión de paga,</li> <li>• De tenencia vehicular.</li> </ul> <p>Tratándose de los trámites de "Solicitud de registro y actualización de derechohabientes" y "Autorización de servicios en circunscripción foránea", los comprobantes de domicilio a presentarse deben ser a nombre de quien especifica el trámite.</p> <p>e) Carta de radicación o de residencia a nombre del patrón o asegurado, según corresponda, y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial por gobiernos estatal, municipal o sus similares en el Distrito Federal.</p> <p>f) Comprobante de alineación y número oficial a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial, por gobiernos estatal, municipal o sus similares en el Distrito Federal.</p>



Instituto Mexicano del Seguro Social

INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

## Aviso de Registro Patronal

## Personas Morales en el Régimen Obligatorio

Este formato consta de 6 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección VI

(\*) Datos opcionales

1. Fecha de presentación de este aviso			DD	MM	AAAA	2. Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento			DD	MM	AAAA		
<b>I. Datos generales del patrón o sujeto obligado</b>													
3. Denominación o razón social:													
4. Nombre comercial:													
5. Tipo de sociedad:						6. RFC							
I.1. Domicilio fiscal <span style="float: right;">Si el patrón ya tiene uno o varios registros patronales vigentes, marque <input type="checkbox"/> y pase a la sección II ↓</span>													
7. Calle:						8. Número y/o letra exterior:			9. Número y/o letra interior:				
10. Entre la calle:						11. y la calle:							
12. Colonia:						13. Localidad:							
14. Municipio o delegación:						15. Entidad federativa:			16. Código postal				
17. Teléfono fijo:						18. Teléfono fijo (*):							
19. Dirección de correo electrónico (*):													
I.2. Escritura constitutiva													
20. Número de escritura:			21. No. de notaría o correduría:			22. Lugar y fecha de expedición:			DD	MM	AAAA	23. Folio mercantil:	
I.3. Registro de sindicato													
24. Número de referencia del documento de registro:				25. Fecha del documento de registro:		DD	MM	AAAA	26. Autoridad laboral que otorgó el registro				
I.4. Representante legal													
27. Presenta poder: <span style="float: right;">Sí <input type="checkbox"/></span>													
28. Apellido paterno:				29. Apellido materno:				30. Nombre (s):					
31. RFC						32. CURP							
33. Teléfono fijo:						Ext. (*)		34. Teléfono móvil (*):					
35. Dirección de correo electrónico (*):													
I.5. Socios (hasta 4)													
Socio 1													
36. Apellido paterno:				37. Apellido materno:				38. Nombre (s) y/o denominación o razón social:					
39. RFC						40. CURP							
41. Teléfono fijo:						Ext. (*)		42. Teléfono móvil (*):					
43. Dirección de correo electrónico (*):													
44. Calle:						45. Número y/o letra exterior:			46. Número y/o letra interior:				
47. Colonia:						48. Localidad:							
49. Municipio o delegación:						50. Entidad federativa:			51. Código postal				

Formato ARP-PM



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

Socio 2																								
36. Apellido paterno:							37. Apellido materno:							38 Nombre (s) y/o denominación o razón social:										
39.RFC							40. CURP																	
41. Teléfono fijo:														Ext. (*)	42. Teléfono móvil(*):									
43. Dirección de correo electrónico (*):																								
44. Calle:										45. Número y/o letra exterior:					46. Número y/o letra interior:									
47. Colonia:										48. Localidad:														
49. Municipio o delegación:										50. Entidad federativa:										51. Código postal				
Socio 3																								
36. Apellido paterno:							37. Apellido materno:							38 Nombre (s) y/o denominación o razón social:										
39.RFC							40. CURP																	
41. Teléfono fijo:														Ext. (*)	42. Teléfono móvil(*):									
43. Dirección de correo electrónico (*):																								
44. Calle:										45. Número y/o letra exterior:					46. Número y/o letra interior:									
47. Colonia:										48. Localidad:														
49. Municipio o delegación:										50. Entidad federativa:										51. Código postal				
Socio 4																								
36. Apellido paterno:							37. Apellido materno:							38. Nombre (s) y/o denominación o razón social:										
39.RFC							40. CURP																	
41. Teléfono fijo:														Ext. (*)	42. Teléfono móvil(*):									
43. Dirección de correo electrónico (*):																								
44. Calle:										45. Número y/o letra exterior:					46. Número y/o letra interior:									
47. Colonia:										48. Localidad:														
49. Municipio o delegación:										50. Entidad federativa:										51. Código postal				
II. Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal																								
II.1. Domicilio										Si es el mismo que el domicilio fiscal, marque <input type="checkbox"/> y pase a la sección II.2 ⇨														
52. Calle:										53. Número y/o letra exterior:					54. Número y/o letra interior:									
55. Entre la calle:										56. y la calle:														
57. Colonia:										58. Localidad:														

Formato ARP-PM



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

59. Municipio o delegación:										60. Entidad federativa:										61. Código postal			
62. Teléfono fijo:										63. Teléfono fijo (*):													
64. Dirección de correo electrónico (*):																							
<b>II.2. Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)</b>																							
<b>Persona autorizada 1</b>																							
65. Apellido paterno:							66. Apellido materno:							66. Nombre (s):									
68.RFC												69. CURP											
70. Teléfono fijo:							Ext. (*)						71. Teléfono móvil(*):										
72. Dirección de correo electrónico (*):																							
<b>Persona autorizada 2</b>																							
65. Apellido paterno:							66. Apellido materno:							67. Nombre (s):									
68.RFC												69. CURP											
70. Teléfono fijo:							Ext. (*)						71. Teléfono móvil(*):										
72. Dirección de correo electrónico (*):																							
<b>Persona autorizada 3</b>																							
65. Apellido paterno:							66. Apellido materno:							67. Nombre (s):									
68.RFC												69. CURP											
70. Teléfono fijo:							Ext. (*)						71. Teléfono móvil(*):										
72. Dirección de correo electrónico (*):																							
<b>III. Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón</b>																							
73. Especificar su giro:																							
74. Presta servicios de personal										No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			75. Indique el número de centros de trabajo:						76. Solicita Registro Patronal por Clase: <input type="checkbox"/>				
<b>III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización</b>																							
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:																							
77. División							78. Grupo							79. Fracción									
80. Clase de riesgo							81. Prima media del SRT																
<b>IV. Datos de la actividad económica que declaró</b>																							
<b>IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados</b>																							
<b>IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados</b>																							



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

<b>IV.3. Maquinaria y equipo utilizado [excepto equipo de transporte]</b>				
Número de Unidades	Nombre	Uso	No motorizados/Motorizados no automatizados/Automatizados/Otros	Capacidad o Potencia
<b>IV.4. Equipo de transporte utilizado</b>				
Número de Unidades	Nombre	Uso	Combustible o energía	Capacidad o Potencia
<b>IV.5. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado.</b>				
Procesos Iniciales (Descripción)				
Procesos Intermedios (Descripción)				
Procesos Finales (Descripción)				
<b>IV.6. Personal</b>				
No. de trabajadores	Oficio u ocupación	No. de trabajadores	Oficio u ocupación	



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

<b>IV.7. Actividades complementarias a la principal</b>																																																			
82. Distribución o entrega de mercancías  <input type="checkbox"/> Con transporte propio <input type="checkbox"/> Con transporte ajeno <input type="checkbox"/> No distribuye, ni entrega		<input type="checkbox"/> 83. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros.																																																	
<b>V. Firma del patrón y acuse de recibo</b>																																																			
<b>V.1. Firma del patrón o de su representante legal</b>		<b>Acuse de recibo</b> <small>(Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)</small>																																																	
Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos        _____ Nombre y firma del patrón o de su representante legal En su caso, firma electrónica conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social		<table border="1"> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;"><b>Registro patronal</b></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Delegación:</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Subdelegación:</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Matrícula del empleado que recibe el formato:</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>		<b>Registro patronal</b>												Delegación:												Subdelegación:												Matrícula del empleado que recibe el formato:											
<b>Registro patronal</b>																																																			
Delegación:																																																			
Subdelegación:																																																			
Matrícula del empleado que recibe el formato:																																																			
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.																																																			



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

#### VI. Instructivo de llenado

##### Generalidades

Este aviso aplica a los patrones personas morales en el régimen obligatorio, que contraten trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad o trabajadores asalariados y eventuales del campo. Debe ser presentado por el patrón o su representante legal, quien se debe identificar y, en su caso, acreditar su personalidad con los documentos que acompañen a esta solicitud.

El patrón o su representante legal deben firmar de manera autógrafa el formato impreso por el Instituto, una vez concluido el registro, en presencia del empleado del Instituto que atiende el trámite. En el caso de que no sepa o no pueda firmar, debe imprimir su huella digital.

El Instituto podrá verificar que lo manifestado por el patrón en lo relativo a su clasificación se ajuste a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social y su Reglamento.

El registro de los datos contenidos en el formato son obligatorios, excepto los marcados con (\*). En caso de que la información que proporcionen los patrones para su registro ante el Instituto se presente incompleta o no coincida con la registrada ante el Servicio de Administración Tributaria o las Dependencias de la Administración Pública Federal competentes, el Instituto notificará al patrón para que éste, en el plazo de cinco días hábiles manifieste lo que a su derecho convenga y, en el caso de que no corrija tales situaciones, el Instituto procederá a dar de baja al patrón, a los trabajadores o a ambos.

La documentación que a continuación se menciona deberá presentarse en copia y original para su cotejo:

##### Documentación

1. **Registro Federal de Contribuyentes**, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.
2. **Comprobante del domicilio** del centro de trabajo<sup>1</sup>.  
Documento mediante el cual el Patrón o Sujeto Obligado deberá acreditar el domicilio del centro de trabajo:
  - a) Contratos vigentes que pueden estar a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a dos meses:
    - o Arrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.
    - o Subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.
    - o Fideicomiso debidamente protocolizado.
    - o Apertura de cuenta bancaria.
    - o Servicio de luz, teléfono o agua.
  - b) Estado de cuenta a nombre del patrón y tener una antigüedad no mayor a dos meses. Expedido por las instituciones del sistema financiero.
  - c) Recibos a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses o tratándose de pago anual deberá corresponder al ejercicio en curso:
    - o Del impuesto predial o de los servicios de luz, teléfono o de agua.
  - d) Carta de radicación o de residencia a nombre del patrón y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial, por gobiernos estatal, municipal o sus similares en el Distrito Federal.
  - e) Comprobante de alineación y número oficial a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial, por Gobiernos Estatal, Municipal o sus similares en el Distrito Federal.
3. **Croquis de localización del domicilio** del centro de trabajo.  
Deberá anexar un croquis de ubicación del domicilio del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal, indicando las calles de colindancia y cualquier detalle que permita ubicar fácilmente su domicilio, el cual deberá presentarse utilizando para ello una hoja blanca tamaño carta.
4. **Escritura pública** o acta constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio.
  - a) Si la escritura o acta constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la Solicitud de Registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite.  
Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).
  - b) Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español.
5. **Poder notarial** para actos de dominio, de administración o especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto.
6. **Identificación oficial** del representante legal, como son:
  - a) Credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral.
  - b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero.
  - c) Cartilla del Servicio Militar Nacional.
  - d) Cédula profesional.
  - e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional).
  - f) Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad para extranjeros.
  - g) Forma migratoria FM2 o FM3 expedida por el Instituto Nacional de Migración (en caso de extranjero).
7. **Registro Federal de Contribuyentes** del representante legal, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.
8. **Clave Única de Registro de Población** del representante legal, documento expedido por Registro Nacional de Población.
9. **Para sindicatos**, además de lo anterior deberá presentar lo siguiente:
  - a) Resolución de registro emitida por la autoridad laboral competente, emitido por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social en los casos de competencia federal y en las Juntas de Conciliación y Arbitraje en los de competencia local.
10. **Para patrones del campo**.
  - a) Permiso único de siembra expedido por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA).

<sup>1</sup> Para el caso de los patrones a que se refiere el Artículo 15-A de la Ley del Seguro Social, el comprobante de domicilio deberá ser el de su domicilio fiscal.



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

#### Instrucciones de llenado

Anotar en el lugar especificado para ello:

1. **Fecha de presentación de este aviso**, en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).
  2. **Fecha a partir de la cual surte efecto este movimiento**, la fecha en que la persona moral adquirió el carácter de patrón en término de la Ley Federal del Trabajo, en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).
- I. Datos generales del patrón o sujeto obligado**
3. **Denominación o razón social**, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.
  4. **Nombre comercial**, signo o denominación que identifica a la empresa, negocio o comercio.
  5. **Tipo de sociedad**, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.
  6. **RFC**, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) a la persona moral para la que se presenta este aviso.
- I.1. Domicilio fiscal**
- Si el patrón ya tiene uno o varios registros patronales vigentes** no es necesario volver a proporcionar el domicilio fiscal, **sólo deberá marcar con "X" en el cuadro indicado y pasar a la sección II**. Si no tiene un registro patronal vigente, anotar en el lugar especificado para ello los datos del domicilio fiscal registrado ante el SAT.
7. **Calle**
  8. **Número y/o letra exterior**
  9. **Número y/o letra interior**
  10. **Entre la calle**
  11. **y la calle**
  12. **Colonia**
  13. **Localidad**
  14. **Municipio o delegación**
  15. **Entidad federativa**
  16. **Código postal**
  17. **Teléfono fijo con clave de larga distancia**, registrar 12 dígitos para la República Mexicana.
  18. **Teléfono fijo con clave de larga distancia (\*)**, registrar un segundo número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
  19. **Dirección de correo electrónico (\*)**, designada para recibir comunicaciones del Instituto.
- I.2. Escritura constitutiva**
20. **Número de escritura**, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.
  21. **Número de notaría o correduría**, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.
  22. **Lugar y fecha de expedición**, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso. Fecha en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).
  23. **Folio mercantil (\*)**, anotar el asignado por el Registro Público de Comercio, tal y como aparece en la escritura pública de la persona moral para la que se presenta este aviso.
- I.3. Registro de sindicato:**
24. **Número de referencia del documento de registro**, tal y como aparece en la resolución de registro emitida por autoridad laboral competente.
  25. **Fecha del documento de registro**, tal y como aparece en la resolución de registro emitida por autoridad laboral competente.
  26. **Autoridad laboral que otorgó el registro**, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social en los casos de competencia federal y en las Juntas de Conciliación y Arbitraje en los de competencia local.
- I.4. Representante legal**
27. **Presenta poder**, marcar con una "X" si el representante legal presenta poder ya sea de dominio, de administración o especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto.
  28. **Apellido paterno**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  29. **Apellido materno**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  30. **Nombre(s)**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  31. **RFC**, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
  32. **CURP**, la Clave Única de Registro de Población, asignado por el Registro Nacional de Población (RENAPO).
  33. **Teléfono fijo con clave de larga distancia**, registrar 12 dígitos para la República Mexicana, en su caso anotar el número de extensión.
  34. **Teléfono móvil con clave de larga distancia (\*)**, registrar 13 dígitos para la República Mexicana.
  35. **Dirección de correo electrónico (\*)**, designada para recibir comunicaciones del Instituto.
- I.5. Socios (hasta 4)**, refiere los datos de los socios de la empresa.
- Datos completos de los socios de la empresa en términos del capital aportado**, anotar en el lugar especificado para ello, si es persona moral o física, los datos a continuación descritos. Si es persona moral, deberá iniciar en el numeral 38 y excluir el numeral 40.



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

36. **Apellido paterno**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  37. **Apellido materno**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  38. **Nombre(s) y/o denominación o razón social**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  39. **RFC**, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Si es persona moral, deberá iniciar en el segundo recuadro
  40. **CURP**, la Clave Única de Registro de Población, asignado por el Registro Nacional de Población (RENAPO).
  41. **Teléfono fijo con clave de larga distancia**, registrar 12 dígitos para la República Mexicana, en su caso anotar el número de extensión.
  42. **Teléfono móvil con clave de larga distancia (\*)**, registrar 13 dígitos para la República Mexicana.
  43. **Dirección de correo electrónico (\*)**, designada para recibir comunicaciones del Instituto.
  44. **Calle**
  45. **Número y/o letra exterior**
  46. **Número y/o letra interior**
  47. **Colonia**
  48. **Localidad**
  49. **Municipio o delegación**
  50. **Entidad federativa**
  51. **Código postal**
- II. Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal**
- II.1. Domicilio: Si los datos del centro de trabajo son los mismos que los del domicilio fiscal, marcar con "X" en el cuadro indicado y pasar al numeral II.2.** Si es un domicilio diferente, anotar en el lugar especificado para ello los datos del domicilio del centro de trabajo.
52. **Calle**
  53. **Número y/o letra exterior**
  54. **Número y/o letra interior**
  55. **Entre la calle**
  56. **y la calle**
  57. **Colonia**
  58. **Localidad**
  59. **Municipio o delegación**
  60. **Entidad federativa**
  61. **Código postal**
  62. **Teléfono fijo con clave de larga distancia**, registrar el número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
  63. **Teléfono fijo con clave de larga distancia (\*)**, registrar un segundo número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
  64. **Dirección de correo electrónico (\*)**, designada para recibir comunicaciones del Instituto.
- II.2. Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)**  
El patrón podrá registrar, si así lo desea, hasta tres personas autorizadas para presentar avisos de afiliación. En su caso, registrar por cada persona, los datos en el lugar que corresponda.
65. **Apellido paterno**
  66. **Apellido materno**
  67. **Nombre(s)**
  68. **RFC**
  69. **CURP**
  70. **Teléfono fijo con clave de larga distancia, en su caso número de extensión**
  71. **Teléfono móvil con clave de larga distancia (\*)**, registrar el número telefónico móvil de 13 dígitos para la República Mexicana.
  72. **Dirección de correo electrónico (\*)**
- III. Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón**
73. **Especificar su giro**, anotar el (los) objeto(s) principal(es) para el(los) cual(es) fue constituida la empresa o las actividades que desarrolla para llevar a cabo el propósito del negocio. El giro se define como el conjunto de actividades a las que se dedica una empresa o patrón, estas actividades en forma integral, definen las características del negocio.  
**Ejemplo:** Reparación mecánica y hojalatería de automóviles.
  74. **Presta servicios de personal**, marcar con una "X" según corresponda si la empresa realiza la actividad de Prestadora de Servicios de Personal o intermediaria laboral, tratándose de los patrones a que se refiere el Artículo 15 A de la Ley del Seguro Social, en este caso, la información del apartado IV "Datos de la actividad económica que declaró" deberá ser la de la actividad del beneficiario en que sus trabajadores desarrollan los trabajos o servicios.
  75. **Indique el número de centros de trabajo**, si en el numeral 74 ha marcado con una "X" en "SI", deberá indicar el número de centros de trabajo en donde prestan servicios sus trabajadores.
  76. **Solicita Registro Patronal por Clase**, si el numeral 74 ha sido marcado con una "X" en "SI", y el patrón solicita un registro patronal por clase, entonces, deberá marcar con una "X" en el recuadro, en términos del párrafo segundo del Artículo 75 de la Ley del Seguro Social.  
**Para el caso de los patrones a los que se refiere el Artículo 15 A, de la Ley del Seguro Social, se deberá proporcionar el domicilio del (los) centro(s) de trabajo, en donde sus trabajadores realicen sus labores y en caso de tener más de un centro de trabajo, solicitar el (los) formato(s) necesario(s) en la Subdelegación que corresponda.**



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

**III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización**  
 Con base en el Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo previsto en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, indique la clave y la descripción de la división, el grupo y la fracción de la actividad en la cual se clasifica el registro patronal para el cual se presenta este aviso.

77. **División**  
 78. **Grupo**  
 79. **Fracción**  
 80. **Clase de riesgo** Dato que está asociado a la fracción que el patrón determine en su autoclasificación.  
 81. **Prima media del SRT** Dato proporcionado por el Instituto, asociado a la clase que corresponde a la fracción seleccionada por el patrón de conformidad con lo estipulado en el artículo 73 de la LSS.

(La "clave" se refiere al numeral señalado para los conceptos del Catálogo de Actividades contenido en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación, Recaudación y Fiscalización.

**IV. Datos de la actividad económica que declaró**

**IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados**  
 Anotar los productos más importantes o característicos que elabora su negocio, o los servicios que presta, como máximo 10, **ejemplo:** sector agropecuario, caza y pesca: arroz, maíz, flores, huevo, pescados, etc.; manufacturas: prendas de vestir, lámparas, pilas, llaves mezcladoras, tableros, tensores, refrigeradores, alambre de acero, aceites vegetales; comercio: embutidos, aparatos deportivos, automóviles, cajas de cartón, mobiliario de oficina, etc.; servicios: limpieza, instalación de ventanas, puertas de herrería, restaurante, fumigación, café Internet, servicios legales, etc.

**IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados**  
 Anotar las principales materias primas o materiales indispensables, que utiliza para elaborar los productos o prestar los servicios de su negocio, como máximo 10. Son bienes consumibles utilizados, aquellos que generalmente pierden sus propiedades y características, para transformarse y/o formar parte de otros bienes o productos finales.  
**Materias primas:** son los materiales extraídos de la naturaleza que sirven para transformar la misma y construir bienes de consumo. Se clasifican, según su origen: vegetal, animal, y mineral; **ejemplos:** algodón, madera, agua, el hierro, oro, grava, petróleo, granito, etc.  
**Materiales utilizados:** son aquellos insumos que han sido transformados pero que todavía no constituyen definitivamente un bien de consumo o producto final de una empresa. Se denominan también productos semielaborados o semiacabados; **ejemplos:** tubos, textiles, plásticos, etc.  
**Ejemplos por sector:** agropecuario, caza y pesca: agroquímicos, abonos, semillas, animales de trabajo, productos veterinarios, productos para reforestación; manufacturas: aceites vegetales, adhesivos, aditivos, pinturas, cemento, madera, plásticos, etc.; comercio y servicios: papel para impresión, bolsas de papel o plástico, cajas, productos médicos, artículos de oficina, materiales de limpieza, prendas de vestir, alimentos, etc.

**IV.3. Maquinaria y equipo utilizados (excepto equipo de transporte)**  
 Anotar el número de unidades, nombre, uso al que se destina, señalando si es No motorizado, Motorizado no automatizado o Automatizado, la capacidad o potencia, de acuerdo a cada apartado, de las máquinas que emplea para transformar los insumos o materias primas, en los productos o servicios de su empresa o negocio.  
**No motorizados:** son considerados aquellos, que se operan manualmente o artesanalmente para lograr la transformación de insumos o materias primas, en productos o servicios.  
**Motorizados no automatizados:** son aquellos operados por la mano del hombre, que combinan el impulso de motores eléctricos o de combustión para el procesamiento o transformación, de insumos o materias primas en productos o servicios.  
**Automatizados:** son aquellos que realizan procesos continuos de transformación de insumos o materias primas, que básicamente son operados o programados a través de computadoras.  
**Otros (Especifique)**

**IV.4. Equipo de transporte utilizado**  
 Anotar el número de unidades, nombre, uso, combustible o energía y capacidad o potencia del equipo de transporte que emplea para el desarrollo de las actividades de su negocio o empresa, ya sea éste utilizado para el acopio, traslado, entrega, distribución o venta de materias primas, materiales, productos, prestación de los servicios que ofrece, o para el transporte de personal.

**IV.5. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado**  
 Describa los procesos de trabajo de la actividad del patrón, precisando los procesos iniciales, intermedios y finales. En su caso, describa los procesos que realiza para transformar, fabricar o procesar materias primas o insumos, en los productos de su empresa o negocio, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3. Tratándose de empresas prestadoras de servicios, deberá describir los procesos iniciales, intermedios y finales del o los servicios que presta, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3.

**IV.6. Personal**  
 Anotar el número de trabajadores con que cuenta el patrón por grupos de oficio u ocupación para el desarrollo de su actividad, que describa mejor el trabajo que desarrolla su personal en su negocio o empresa y que contribuye para la fabricación y/o venta de productos o prestación de servicios.

**IV.7. Actividades complementarias a la principal**  
 De las opciones que se presentan, señale las actividades complementarias que realiza su empresa o negocio para brindar mejor atención o servicio a sus clientes.

82. **Distribución o entrega de mercancías**  
 Marcar con "X" el campo respectivo, para indicar, si utiliza transporte propio para realizar la entrega de mercancías, si realiza la entrega de mercancías con transporte ajeno, o si no cuenta con servicio de distribución o entrega.

83. **Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros**  
 Marcar con "X" si cuenta con servicios de instalación, reparación o mantenimiento de los productos que elabora o vende.

**V. Firma del patrón y acuse de recibo**

**V.1. Firma del patrón o de su representante legal**  
 Anotar la firma autógrafa del patrón o del representante legal del patrón persona moral, en su caso, firma electrónica, conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social  
**Acuse de recibo (para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social).**



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

**Aviso de Registro Patronal**  
**Personas Físicas en el Régimen Obligatorio**

Este formato consta de 6 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección VI

(\*) Datos opcionales

1. Fecha de presentación de este aviso			DD	MM	AAAA	2. Fecha a partir de la cual surte efecto este movimiento			DD	MM	AAAA
<b>I. Datos generales del patrón o sujeto obligado</b>											
3. Apellido paterno:			4. Apellido materno:			5. Nombre (s):					
6. Nombre Comercial:											
7. CURP						8. RFC					
<b>I.1. Domicilio fiscal</b> Si el patrón ya tiene uno o varios registros patronales vigentes, marque <input type="checkbox"/> y pase a la sección II <span style="float: right;">↓</span>											
9. Calle:						10. Número y/o letra exterior:			11. Número y/o letra interior:		
12. Entre la calle:						13. y la calle:					
14. Colonia:						15. Localidad:					
16. Municipio o delegación:						17. Entidad federativa:			18. Código postal		
19. Teléfono fijo:						20. Teléfono fijo (*):					
21. Dirección de correo electrónico (*):											
<b>I.2. Representante legal (*)</b>											
22. Presenta poder. <span style="margin-left: 200px;">Sí <input type="checkbox"/></span>											
23. Apellido paterno:			24. Apellido materno:			25. Nombre (s):					
26. RFC			27. CURP								
28. Teléfono fijo:						Ext. (*)	29. Teléfono móvil (*):				
30. Dirección de correo electrónico (*):											
<b>II. Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal</b>											
<b>II.1. Domicilio</b>						Si es el mismo que el domicilio fiscal, marque <input type="checkbox"/> y pase a la sección II.2 <span style="float: right;">⇒</span>					
31. Calle:						32. Número y/o letra exterior:			33. Número y/o letra interior:		
34. Entre la calle:						35. y la calle:					
36. Colonia:						37. Localidad:					
38. Municipio o delegación:						39. Entidad federativa:			40. Código postal		
41. Teléfono fijo:						42. Teléfono fijo(*):					
43. Dirección de correo electrónico (*):											



Instituto Mexicano del Seguro Social

INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

II.2. Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)																								
<b>Persona autorizada 1</b>																								
44. Apellido paterno:										45. Apellido materno:										46. Nombre (s):				
47.RFC										48. CURP														
49. Teléfono fijo:										Ext. (*)					50. Teléfono móvil (*):									
51. Dirección de correo electrónico (*):																								
<b>Persona autorizada 2</b>																								
44. Apellido paterno:										45. Apellido materno:										46. Nombre (s):				
47.RFC										48. CURP														
49. Teléfono fijo:										Ext. (*)					50. Teléfono móvil (*):									
51. Dirección de correo electrónico (*):																								
<b>Persona autorizada 3</b>																								
44. Apellido paterno:										45. Apellido materno:										46. Nombre (s):				
47.RFC										48. CURP														
49. Teléfono fijo:										Ext. (*)					50. Teléfono móvil (*):									
51. Dirección de correo electrónico (*):																								

III. Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón																								
52. Especificar su giro:																								
53. Presta servicios de personal										No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ⇨					54. Indique el número de centros de trabajo:					⇨ 55. Solicita Registro Patronal por Clase: <input type="checkbox"/>				
<b>III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización</b>																								
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														
56. División																								
57. Grupo																								
58. Fracción																								
59. Clase de riesgo															60. Prima media del SRT									

Formato ARP-PF



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

IV. Datos de la actividad económica que declaró	
<b>IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados</b>	
<b>IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados</b>	

IV.3. Maquinaria y equipos utilizados [excepto equipo de transporte]				
Número de Unidades	Nombre	Uso	No motorizados/Motorizados no automatizados/Automatizados/Otros	Capacidad o Potencia

IV.4. Equipo de transporte utilizado				
Número de Unidades	Nombre	Uso	Combustible o energía	Capacidad o Potencia

IV.5. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado.
Procesos Iniciales (Descripción)





Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

#### VI. Instructivo de llenado

##### Generalidades

Este aviso aplica a los patrones personas físicas en el régimen obligatorio, que contraten trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad o trabajadores asalariados y eventuales del campo. Debe ser presentado por el patrón, quien se identificará con los documentos que acompañen a esta solicitud.

El patrón debe firmar de manera autógrafa el formato impreso por el Instituto, una vez concluido el registro, en presencia del empleado del Instituto que atienda el trámite. En el caso de que no sepa o no pueda firmar, debe imprimir su huella digital.

El Instituto podrá verificar que lo manifestado por el patrón en lo relativo a su clasificación se ajuste a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social y su Reglamento.

El registro de los datos contenidos en el formato son obligatorios, excepto los marcados con (\*). En caso de que la información que proporcionen los patrones para su registro ante el Instituto se presente incompleta o no coincida con la registrada ante el Servicio de Administración Tributaria o las Dependencias de la Administración Pública Federal competentes, el Instituto notificará al patrón para que éste, en el plazo de cinco días hábiles manifieste lo que a su derecho convenga y, en el caso de que no desvirtúe tales situaciones, el Instituto procederá a dar de baja al patrón, a los trabajadores o a ambos.

La documentación que a continuación se menciona deberá presentarse en copia y original para su cotejo:

##### Documentación

1. **Registro Federal de Contribuyentes**, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.
2. **Comprobante del domicilio** del centro de trabajo<sup>1</sup>.  
Documento mediante el cual el Patrón o Sujeto Obligado deberá acreditar el domicilio del centro de trabajo:
  - a) **Contratos vigentes** que pueden estar a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a dos meses:
    - o Arrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.
    - o Subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales.
    - o Fideicomiso debidamente protocolizado.
    - o Apertura de cuenta bancaria.
    - o Servicio de luz, teléfono o agua.
  - b) **Estado de cuenta** a nombre del patrón y tener una antigüedad no mayor a dos meses. Expedido por las instituciones del sistema financiero.
  - c) **Recibos** a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses o tratándose de pago anual deberá corresponder al ejercicio en curso:
    - o Del impuesto predial o de los servicios de luz, teléfono o de agua.
  - d) **Carta de radicación o de residencia** a nombre del patrón y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial, por gobiernos estatal, municipal o sus similares en el Distrito Federal.
  - e) **Comprobante de alineación y número oficial** a nombre del patrón o de un tercero y tener una antigüedad no mayor a cuatro meses. Expedida conforme a su ámbito territorial, por Gobiernos Estatal, Municipal o sus similares en el Distrito Federal.
3. **Croquis de localización del domicilio** del centro de trabajo.  
Deberá anexar un croquis de ubicación del domicilio del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal, indicando las calles de colindancia y cualquier detalle que permita ubicar fácilmente su domicilio, el cual deberá presentarse utilizando para ello una hoja blanca tamaño carta.
4. **Identificación oficial** del patrón, como son:
  - a) Credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral.
  - b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero.
  - c) Cartilla del Servicio Militar Nacional.
  - d) Cédula profesional.
  - e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional).
  - f) Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad para extranjeros.
  - g) Forma migratoria FM2 o FM3 expedida por el Instituto Nacional de Migración (en caso de extranjero).
5. **Clave Única de Registro de Población** del patrón, documento expedido por Registro Nacional de Población.
6. **Poder notarial** del representante legal para actos de dominio, de administración o especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto.
7. **Identificación oficial** del representante legal, como son:
  - a) Credencial para Votar expedida por el Instituto Federal Electoral.
  - b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero.
  - c) Cartilla del Servicio Militar Nacional.
  - d) Cédula Profesional.
  - e) Matrícula Consular (Documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional).
  - f) Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad para extranjeros.
  - g) Forma migratoria FM2 o FM3 expedida por el Instituto Nacional de Migración (en caso de extranjero).
8. **Registro Federal de Contribuyentes** del representante legal, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.
9. **Clave Única de Registro de Población** del representante legal, documento expedido por Registro Nacional de Población.
10. **Para patrones del campo.**
  - a) Permiso Único de Siembra expedido por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA).



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

#### Instrucciones de llenado

Anotar en el lugar especificado para ello:

1. **Fecha de presentación de este aviso**, en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).
  2. **Fecha a partir de la cual surte efecto este movimiento**, la fecha en que la persona física adquirió el carácter de patrón en término de la Ley Federal del Trabajo, en el formato de día, mes y año (dd/mm/aaaa).
- I. Datos generales del patrón o sujeto obligado**
3. **Apellido paterno**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  4. **Apellido materno**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  5. **Nombre(s)**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  6. **Nombre Comercial**, signo o denominación que identifica a la empresa, negocio o comercio.
  7. **CURP**, la Clave Única de Registro de Población, asignado por el Registro Nacional de Población (RENAPO).
  8. **RFC**, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
- I.1. Domicilio fiscal**
- Si el patrón ya tiene uno o varios registros patronales vigentes** no es necesario volver a proporcionar el domicilio fiscal, **sólo deberá marcar con "X" en el cuadro indicado y pasar a la sección II**. Si no tiene un registro patronal vigente, anotar en el lugar especificado para ello los datos del domicilio fiscal registrado ante el SAT.
9. **Calle**
  10. **Número y/o letra exterior**
  11. **Número y/o letra interior**
  12. **Entre la calle**
  13. **y la calle**
  14. **Colonia**
  15. **Localidad**
  16. **Municipio o delegación**
  17. **Entidad federativa**
  18. **Código postal**
  19. **Teléfono fijo con clave de larga distancia**, registrar 12 dígitos para la República Mexicana.
  20. **Teléfono fijo con clave de larga distancia (\*)**, registrar un segundo número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
  21. **Dirección de correo electrónico (\*)**, designada para recibir comunicaciones del Instituto.
- I.2. Representante legal**
22. **Presenta poder**, marcar con una "X" si el representante legal presenta poder ya sea de dominio, de administración o especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto.
  23. **Apellido paterno**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  24. **Apellido materno**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  25. **Nombre(s)**, tal y como aparece en el documento con el que se identifica.
  26. **RFC**, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
  27. **CURP**, la Clave Única de Registro de Población, asignado por el Registro Nacional de Población (RENAPO)
  28. **Teléfono fijo con clave de larga distancia**, registrar 12 dígitos para la República Mexicana, en su caso anotar el número de extensión.
  29. **Teléfono móvil con clave de larga distancia (\*)**, registrar 13 dígitos para la República Mexicana.
  30. **Dirección de correo electrónico (\*)**, designada para recibir comunicaciones del Instituto.
- II. Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal**
- II.1. Domicilio Si los datos del centro de trabajo son los mismos que los del domicilio fiscal, marcar con "X" en el cuadro indicado y pasar al numeral II.2.** Si es un domicilio diferente, anotar en el lugar especificado para ello los datos del domicilio del centro de trabajo.
31. **Calle**
  32. **Número y/o letra exterior**
  33. **Número y/o letra interior**
  34. **Entre la calle**
  35. **y la calle**
  36. **Colonia**
  37. **Localidad**
  38. **Municipio o delegación**
  39. **Entidad federativa**
  40. **Código postal**
  41. **Teléfono fijo con clave de larga distancia**, registrar 12 dígitos para la República Mexicana.
  42. **Teléfono fijo con clave de larga distancia (\*)**, registrar un segundo número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
  43. **Dirección de correo electrónico (\*)**, designada para recibir comunicaciones del Instituto.
- Nota:** Recuerde que deberá anexar un croquis de ubicación del domicilio del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal, indicando las calles de colindancia y cualquier detalle que permita ubicar fácilmente su domicilio.



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

## II.2. Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)

El patrón podrá registrar, si así lo desea, hasta tres personas autorizadas para presentar avisos de afiliación. En su caso, registrar por cada persona, los datos en el lugar que corresponda.

44. **Apellido paterno**
45. **Apellido materno**
46. **Nombre(s)**
47. **RFC**
48. **CURP**
49. **Teléfono fijo con clave de larga distancia, en su caso número de extensión**, registrar 12 dígitos para la República Mexicana
50. **Teléfono móvil con clave de larga distancia**, registrar 13 dígitos para la República Mexicana (\*)
51. **Dirección de correo electrónico (\*)**

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

52. **Especificar su giro**, anotar el (los) objeto(s) principal(es) para el (los) cual(es) fue constituido la empresa o las actividades que desarrolla para llevar a cabo el propósito del negocio. El giro se define como el conjunto de actividades a las que se dedica una empresa o patrón, estas actividades en forma integral, definen las características del negocio.

**Ejemplo:** Reparación mecánica y hojalatería de automóviles

53. **Presta servicios de personal**, marcar con una "X" según corresponda si la empresa realiza la actividad de Prestadora de Servicios de Personal o intermediaria laboral, tratándose de los patrones a que se refiere el artículo 15 A de la Ley del Seguro Social, en este caso, la información del apartado IV "Datos de la actividad económica que declaró" deberá ser la de la actividad del beneficiario en que sus trabajadores desarrollan los trabajos o servicios.
54. **Indique el número de centros de trabajo**, si en el numeral 53 ha marcado con una "X" en "Sí", deberá indicar el número de centros de trabajo en donde prestan servicios sus trabajadores.
55. **Solicita Registro Patronal por Clase**, si el numeral 53 ha sido marcado con una "X" en "Sí", y el patrón solicita un registro patronal por clase, entonces, deberá marcar con una "X" en el recuadro, en términos del párrafo segundo del Artículo 75 de la Ley del Seguro Social.

**Para el caso de los patrones a los que se refiere el Artículo 15 A, de la Ley del Seguro Social, se deberá proporcionar el domicilio del (los) centro(s) de trabajo, en donde sus trabajadores realicen sus labores y en caso de tener más de un centro de trabajo, solicitar el (los) formato(s) necesario(s) en la Subdelegación que corresponda.**

### III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización

Con base en el Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo previsto en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, indique la clave y la descripción de la división, el grupo y la fracción de la actividad en la cual se clasifica el registro patronal para el cual se presenta este aviso.

56. **División**
57. **Grupo**
58. **Fracción**
59. **Clase de riesgo** Dato informativo que está asociado a la fracción que el patrón determine en su autclasificación
60. **Prima media del SRT** Dato informativo proporcionado por el Instituto, asociado a la clase que corresponde a la fracción seleccionada por el patrón de conformidad con lo estipulado en el artículo 73 de la LSS.

(La "clave" se refiere al numeral señalado para los conceptos del Catálogo de Actividades contenido en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación, Recaudación y Fiscalización.

## IV. Datos de la actividad económica que declaró

### IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados

Anotar los productos más importantes o característicos que elabora su negocio, o los servicios que presta, como máximo 10, **ejemplo:** sector agropecuario, caza y pesca: arroz, maíz, flores, huevo, pescados, etc.; manufacturas: prendas de vestir, lámparas, pilas, llaves mezcladoras, tableros, tensores, refrigeradores, alambre de acero, aceites vegetales; comercio: embutidos, aparatos deportivos, automóviles, cajas de cartón, mobiliario de oficina, etc.; servicios: limpieza, instalación de ventanas, puertas de herrería, restaurante, fumigación, café Internet, servicios legales, etc.

**Producto:** es cualquier objeto tangible que se fabrica u ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.

**Servicio:** es el conjunto de atributos físicos, psicológicos y simbólicos que determinan un elemento intangible, que se crea y ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

#### IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados

Anotar las principales materias primas o materiales indispensables, que utiliza para elaborar los productos o prestar los servicios de su negocio, como máximo 10. Se consideran bienes consumibles empleados que generalmente pierden sus propiedades y características, para transformarse y formar parte de otros bienes o productos finales.

**Materias primas:** son los materiales extraídos de la naturaleza que sirven para transformar la misma y construir bienes de consumo. Se clasifican, según su origen: vegetal, animal, y mineral; **ejemplos:** algodón, madera, agua, el hierro, oro, grava, petróleo, granito, etc.

**Materiales utilizados:** son aquellos insumos que han sido transformados pero que todavía no constituyen definitivamente un bien de consumo o producto final de una empresa. Se denominan también productos semielaborados o semiacabados; **ejemplos:** tubos, textiles, plásticos, etc.

**Ejemplos por sector:** agropecuario, caza y pesca: agroquímicos, abonos, semillas, animales de trabajo, productos veterinarios, productos para reforestación; manufacturas: aceites vegetales, adhesivos, aditivos, pinturas, cemento, madera, plásticos, etc.; comercio y servicios: papel para impresión, bolsas de papel o plástico, cajas, productos médicos, artículos de oficina, materiales de limpieza, prendas de vestir, alimentos, etc.

#### IV.3. Maquinaria y equipo utilizados (excepto equipo de transporte)

Anotar el número, nombre, uso al que se destina, señalando si es No motorizado, Motorizado no automatizado o Automatizado, la capacidad o potencia, de acuerdo a cada apartado, de las máquinas que emplea para transformar los insumos o materias primas, en los productos o servicios de su empresa o negocio.

**No motorizados:** son considerados aquellos, que se operan manualmente o artesanalmente para lograr la transformación de insumos o materias primas, en productos o servicios.

**Motorizados no automatizados:** son aquellos operados por la mano del hombre, que combinan el impulso de motores eléctricos o de combustión para el procesamiento o transformación, de insumos o materias primas en productos o servicios.

**Automatizados:** son aquellos que realizan procesos continuos de transformación de insumos o materias primas, que básicamente son operados o programados a través de computadoras.

**Otros (Especifique)**

#### IV.4. Equipo de transporte utilizado

Anotar el número, nombre, uso, combustible o energía y capacidad o potencia del equipo de transporte que emplea para el desarrollo de las actividades de su negocio o empresa, ya sea éste utilizado para el acopio, traslado, entrega, distribución o venta de materias primas, materiales, productos, prestación de los servicios que ofrece, o para el transporte de personal.

#### IV.5. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado

Describa los procesos de trabajo de la actividad del patrón, precisando los procesos iniciales, intermedios y finales. En su caso, describa los procesos que realiza para transformar, fabricar o procesar materias primas o insumos, en los productos de su empresa o negocio, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3. Tratándose de empresas prestadoras de servicios, deberá describir los procesos iniciales, intermedios y finales del o los servicios que presta, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3.

#### IV.6. Personal

Anotar el número de trabajadores con que cuenta el patrón por grupos de oficio u ocupación para el desarrollo de su actividad, que describa mejor el trabajo que desarrolla su personal en su negocio o empresa y que contribuye para la fabricación o venta de productos o prestación de servicios.

#### IV.7. Actividades complementarias a la principal

De las opciones que se presentan, señale las actividades complementarias que realiza su empresa o negocio para brindar mejor atención o servicio a sus clientes.

##### 61. Distribución o entrega de mercancías

Marcar con "X" el campo respectivo, para indicar, si utiliza transporte propio para realizar la entrega de mercancías, si realiza la entrega de mercancías con transporte ajeno o si no cuenta con servicio de distribución o entrega.

##### 62. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

Marcar con "X", si cuenta con servicios de instalación, reparación o mantenimiento de los productos que elabora o vende

#### V. Firma del patrón y acuse de recibo

##### V.1. Firma del patrón o de su representante legal

Anotar la firma autógrafa del patrón o del representante legal del patrón persona física, en su caso, firma electrónica, conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social

**Acuse de recibo (para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social).**



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

**Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo**

Este formato consta de 8 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección VIII (\*) Datos opcionales

1. Fecha de presentación de este aviso	DD	MM	AAAA	2. Fecha a partir de la cual se realizó la modificación	DD	MM	AAAA

**I. Datos generales del patrón o sujeto obligado**

I.1. Persona moral <input type="checkbox"/>							
3. Denominación o razón social							
I.2. Persona física <input type="checkbox"/>							
4. Apellido paterno	5. Apellido materno	6. Nombre (s)	7. CURP				
I.3. Datos del registro patronal y de la clasificación actual de la empresa							
8. Registro patronal				9. RFC			
10. División	11. Grupo	12. Fracción	13. Clase	14. Prima SRT			
I.4 Tipo de modificación que origina este aviso							
Reanudación de actividades	<input type="checkbox"/>	Si han pasado 6 meses o más, desde la fecha en que suspendió actividades y la presentación de este aviso, requisiite los datos de la baja y las secciones III, IV y VII.					
Cambio de domicilio	<input type="checkbox"/>	Requisiite los datos de la baja y las secciones II, III, IV y VII.					
<b>Datos de la baja</b>							
15. Delegación		16. Subdelegación		17. Fecha de la baja			
Cambio de actividad económica	<input type="checkbox"/>	Requisiite las secciones III, IV y VII.					
Cambio por disposición de Ley, o del RACERF	<input type="checkbox"/>						
Incorporación de actividades	<input type="checkbox"/>						
Escisión (empresa escidente)	<input type="checkbox"/>						
Sustitución patronal	<input type="checkbox"/>	Requisiite las secciones III, IV, V y VII.					
Fusión	<input type="checkbox"/>						
Compra de activos	<input type="checkbox"/>	Requisiite las secciones III, IV, VI y VII.					
Comodato	<input type="checkbox"/>						
Enajenación	<input type="checkbox"/>						
Arrendamiento	<input type="checkbox"/>						
Fideicomiso traslativo	<input type="checkbox"/>						

**II. Cambio de domicilio**

II.1 Domicilio del nuevo centro de trabajo							
18. Calle:				19. Número y/o letra exterior:		20. Número y/o letra interior:	
21. Entre la calle:				22. y la calle:			
23. Colonia:				24. Localidad:			
25. Municipio o delegación:				26. Entidad federativa:			27. Código postal
28. Teléfono fijo:				29. Teléfono fijo (*):			
30. Dirección de correo electrónico (*):							



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

III. Clasificación de la actividad en el Seguro de Riesgos de Trabajo que manifiesta el patrón, de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso				
31. Especificar su giro		32. Presta servicios de personal      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
III.1. 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, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 28, 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		
33. División				
34. Grupo				
35. Fracción				
36. Clase		37. Prima SRT		
IV. Datos de la actividad que declara				
IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados				
IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados				
IV.3. Maquinaria y equipo utilizado [excepto equipo de transporte]				
Número de Unidades	Nombre	Uso	No motorizados/Motorizados no automatizados/Automatizados/Otros	Capacidad o Potencia
IV.4. Cuenta con equipo de transporte				
Si <input type="checkbox"/> Pase al punto IV.5.		No <input type="checkbox"/> Pase al punto IV.6 y continúe.		
IV.5. Equipo de transporte utilizado				
Número de Unidades	Nombre	Uso	Combustible o energía	Capacidad o Potencia





Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

V.3. Datos del registro patronal y clasificación de la empresa sustituida o fusionada																	
45. Registro patronal										46. RFC				-		-	
47. División			48. Grupo		49. Fracción					50. Clase		51. Prima					

**VI. Datos de los bienes muebles o inmuebles objeto de la compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo**

VI.1. Cantidad y descripción de los bienes	
Cantidad	Descripción

VI.2. Uso que se le daba o dará a los bienes

VI.3. Afectación directa o indirecta al desarrollo de la actividad manifestada

**VII. Firma del patrón y acuse de recibo**

VII.1. Firma del patrón o de su representante legal	Acuse de recibo (Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)	
Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos       ..... Nombre y firma del patrón o de su representante legal En su caso, firma electrónica, conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social	Delegación:	
	Subdelegación:	
	Matrícula del empleado que recibe el formato:	

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.



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

#### VIII. Instructivo de llenado

##### Generalidades

Este aviso aplica a los patrones personas físicas o morales en el régimen obligatorio, que en cumplimiento de lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, deben comunicar al Instituto el cambio de actividad en casos de suspensión, reanudación, incorporación de nuevas actividades, sustitución patronal, fusión, escisión, compra de activos, comodato, enajenación, arrendamiento, fideicomiso traslativo o cualquier otra circunstancia que modifique los datos de la inscripción de las empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo proporcionados al Instituto.

La clasificación que manifieste el patrón será de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, establecido en el Art. 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

El Instituto podrá verificar que lo manifestado por el patrón en lo relativo a su clasificación se ajuste a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social y su Reglamento.

El Aviso debe ser presentado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social por el patrón o por su representante legal, quien se identificará con los documentos que acompañen a esta solicitud y deberá firmar de manera autógrafa el formato impreso, una vez concluido el aviso, en presencia del empleado del Instituto que atienda el trámite. En el caso de que no sepa o no pueda firmar, debe imprimir su huella digital.

El registro de los datos contenidos en el formato es obligatorio, de acuerdo a las instrucciones especificadas en el mismo.

La documentación que a continuación se menciona deberá presentarse en copia y original para su cotejo:

##### Documentación

1. **TIP (Tarjeta de Identificación Patronal)** documento expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social al darse de alta un registro patronal.
  - a) En ausencia de la TIP por caso fortuito, presentar **Comprobante de solicitud de reposición de la TIP ante el Instituto y Cédula del Registro Federal de Contribuyentes**, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.
2. **Identificación oficial con fotografía y firma del solicitante** (patrón o representante legal) como son:
  - a) Credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral (IFE).
  - b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero.
  - c) Cartilla del Servicio Militar Nacional.
  - d) Cédula profesional.
  - e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional).
  - f) Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad para extranjeros.
  - g) Forma migratoria FM2 o FM3 expedida por el Instituto Nacional de Migración (en caso de extranjero).

**Nota:** Los datos del representante legal serán verificados contra los datos registrados en el sistema.
3. **Para cambio de actividad, incorporación de actividades, sustitución patronal, fusión o escisión presentar cualquiera de los siguientes:**
  - a) Testimonio notarial inscrito en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, que acredite las modificaciones presentadas, en su caso, sentencia definitiva que lo determine.
  - b) Aviso de modificación de la actividad, presentado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
  - c) Documento que acredite el cambio de actividad emitido por autoridad competente.
4. **Para cambio de domicilio presentar cualquiera de los documentos siguientes y un croquis de localización:**
  - a) Aviso del cambio de domicilio presentado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
  - b) Aviso de la baja del registro patronal anterior, con antigüedad no mayor a 6 meses.
  - c) Comprobante del nuevo domicilio<sup>2</sup>

(El croquis de ubicación del domicilio del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal, deberá indicar las calles de colindancia, lugares de referencia o cualquier detalle que permita ubicar con facilidad su domicilio, el cual deberá presentarse utilizando para ello una hoja blanca tamaño carta.)
5. **Para reanudación de actividades presentar, en su caso, cualquiera de los siguientes:**
  - a) Aviso de la reanudación de actividades presentado ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
  - b) Documento que acredite el cambio de actividad emitido por autoridad competente.
6. **Para compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo presentar cualquiera de los siguientes:**
  - a) Contrato o instrumento jurídico que avale la operación.
  - b) Documento que acredite el acto que da origen al aviso de modificación.

<sup>2</sup> Para el caso de los patrones a que se refiere el Artículo 15-A de la Ley del Seguro Social, el comprobante de domicilio deberá ser el de su domicilio fiscal.



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

#### Instrucciones de llenado

##### Anotar en el lugar especificado para ello:

1. **Fecha de presentación de este aviso.** El día, mes y año en el que se está presentando el aviso de modificación, utilizando el siguiente formato (dd/mm/aaaa).
  2. **Fecha a partir de la cual se realizó la modificación.** El día, mes y año en el que se dio el hecho generador del cambio de actividad o modificación presentada, utilizando el formato (dd/mm/aaaa).
- I. Datos generales del patrón o sujeto obligado**
- I.1. Persona moral** marcar con "X" en el cuadro indicado, cuando sea una persona moral, quien presenta el aviso
    3. **Denominación o razón social.** La denominación o razón social de la persona moral (tal y como aparece en la escritura pública) para la que se presenta este aviso.
  - I.2. Persona física** marcar con "X" en el cuadro indicado, cuando sea una persona física, quien presenta el aviso
    4. Apellido paterno
    5. Apellido materno
    6. Nombre(s)
    7. CURP. La Clave Única de Registro de Población
  - I.3. Datos del registro patronal y de la clasificación actual de la empresa**
    8. **Registro patronal**, el registro patronal asignado por el Instituto.
    9. **RFC**, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
    10. **División.** División de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con la que está clasificada actualmente la empresa.
    11. **Grupo.** Grupo que corresponde a la División, de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con el que está clasificada actualmente la empresa.
    12. **Fracción.** Fracción que corresponde al Grupo, de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con la que está clasificada actualmente la empresa.
    13. **Clase.** Clase de riesgo asociada a la Fracción, de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con la que está clasificada actualmente la empresa.
    14. **Prima SRT.** Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo con la que el patrón actualmente está enterando sus cotizaciones ante el Instituto.
  - I.4. Tipo de modificación que origina este aviso**, marcar con "X" el recuadro que corresponda al motivo que origina la presentación de este aviso de modificación para el Seguro de Riesgos de Trabajo y requisiere los datos de las secciones que correspondan para cada caso:
    - o Reanudación de actividades. Requisite los datos de la baja y las secciones III, IV y VII.
    - o Cambio de domicilio. Requisite los datos de la baja y las secciones II, IV y VII.

**Datos de la baja** se requiere la fecha de la baja en la subdelegación de control del registro patronal.

    15. **Delegación**, Delegación del IMSS a la que estaba adscrita la empresa.
    16. **Subdelegación**, Subdelegación del IMSS a la que estaba adscrita la empresa.
    17. **Fecha de la baja**, día, mes y año en el cual causó baja el registro patronal, utilizando el formato (dd/mm/aaaa).
      - o Cambio de actividad económica. Requisite las secciones III, IV y VII.
      - o Cambio por disposición de Ley o del RACERF III, IV y VII.
      - o Incorporación de actividades. Requisite las secciones III, IV y VII.
      - o Escisión. Para la empresa escidente. Requisite las secciones III, IV y VII.
      - o Sustitución patronal. Requisite las secciones III, IV, V y VII.
      - o Fusión. Requisite las secciones III, IV, V y VII.
      - o Compra de activos. Requisite las secciones III, IV, VI y VII
      - o Comodato. Requisite las secciones III, IV, VI y VII
      - o Enajenación. Requisite las secciones III, IV, VI y VII
      - o Arrendamiento. Requisite las secciones III, IV, VI y VII
      - o Fideicomiso traslativo. Requisite las secciones III, IV, VI y VII
- II. Cambio de domicilio**
- II.1. Domicilio del nuevo centro de trabajo.** Anotar los siguientes datos que correspondan a la ubicación del nuevo domicilio del centro de trabajo.
    18. Calle
    19. Número y/o letra exterior
    20. Número y/o letra interior
    21. Entre la calle
    22. y la calle
    23. Colonia
    24. Localidad
    25. Municipio o delegación
    26. Entidad federativa
    27. Código postal
    28. Teléfono fijo con clave de larga distancia (\*), registrar el número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
    29. Teléfono fijo con clave de larga distancia (\*), registrar un segundo número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
    30. Dirección de correo electrónico (\*), designada para recibir comunicaciones del Instituto.



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

**III. Clasificación de la actividad en el Seguro de Riesgos de Trabajo que manifiesta el patrón, de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso**

31. **Especificar su giro**, anotar el (los) objeto(s) principal(es) para el (los) cual(es) fue constituida la empresa o las actividades que desarrolla para llevar a cabo el propósito del negocio. El giro se define como el conjunto de actividades a las que se dedica una empresa o patrón, estas actividades en forma integral, definen las características del negocio.

**Ejemplo:** Reparación mecánica y hojalatería de automóviles.

32. **Presta servicios de personal**, marcar con una X según corresponda si la empresa realiza la actividad de Prestadora de Servicios de Personal o intermediaria laboral, tratándose de los patrones a que se refiere el tercer párrafo del artículo 15-A de la Ley del Seguro Social, en este caso, la información del apartado IV "Datos de la actividad que declara" deberá ser la de la actividad del beneficiario en que sus trabajadores desarrollan los trabajos o servicios.

**III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización**

Con base en el Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo previsto en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, indique la clave de la división económica, el grupo, la fracción y la descripción de la fracción, la clase de riesgo y la prima del Seguro de Riesgo de Trabajo de la actividad en la cual se deberá clasificar el registro patronal, derivado de la presentación de este aviso de modificación.

33. **División.**

34. **Grupo.**

35. **Fracción.**

36. **Clase.** Clase que corresponda a la fracción que el patrón determine en su autclasificación

37. **Prima.** Prima que corresponda, considerando los siguientes supuestos:

- o Para cambio de domicilio, que no conlleve modificación de clase, anotar la misma prima con la que venía cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en caso contrario deberá anotar la prima media de la clase que le corresponda.
- o Para sustitución patronal que no implique cambio de actividad, anotar la misma prima con que la empresa sustituida venía cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en caso de cambio de actividad deberá anotar la prima media de la clase que le corresponda.
- o Para fusión deberá anotar la prima resultante, definida en la forma indicada en el artículo 28, fracción IV, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- o Cuando la empresa escidente no se extinga, y la escisión no implique cambio de actividad para ésta, deberá anotar la misma prima con que venía cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en caso de cambio de actividad deberá anotar la prima media de la clase que le corresponda.

(La "clave" se refiere al numeral señalado para los conceptos del Catálogo de Actividades contenido en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación, Recaudación y Fiscalización.

Para cambio por disposición de Ley o del RACERF, deberá clasificarse conforme a lo señalado en el segundo párrafo del artículo 18 del Reglamento señalado.

**IV. Datos de la actividad económica que declara de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso**

**IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados**

Anotar los productos más importantes o característicos que elabora su negocio, o los servicios que presta, como máximo 10, **ejemplos por sector:** agropecuario, caza y pesca; arroz, maíz, flores, huevo, pescados, etc.; manufacturas: prendas de vestir, lámparas, pilas, llaves mezcladoras, tableros, tensores, refrigeradores, alambre de acero, aceites vegetales; comercio: embutidos, aparatos deportivos, automóviles, cajas de cartón, mobiliario de oficina, etc.; servicios: limpieza, instalación de ventanas, puertas de herrería, restaurante, fumigación, café Internet, servicios legales, etc.

**Producto:** es cualquier objeto tangible que se fabrica u ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.

**Servicio:** es el conjunto de atributos físicos, psicológicos y simbólicos que determinan un elemento intangible, que se crea y ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

#### IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados

Anotar las principales materias primas o materiales indispensables, que utiliza para elaborar los productos o prestar los servicios de su negocio, como máximo 10. Se consideran bienes consumibles empleados que generalmente pierden sus propiedades y características, para transformarse y formar parte de otros bienes o productos finales.

**Materias primas:** son los materiales extraídos de la naturaleza que sirven para transformar la misma y construir bienes de consumo. Se clasifican, según su origen: vegetal, animal, y mineral; **ejemplos:** algodón, madera, agua, hierro, oro, grava, petróleo, granito, etc.

**Materiales utilizados:** son aquellos insumos que han sido transformados pero que todavía no constituyen definitivamente un bien de consumo o producto final de una empresa. Se denominan también productos semielaborados o semiacabados; **ejemplos:** tubos, textiles, plásticos, etc.

**Ejemplos por sector:** agropecuario, caza y pesca: agroquímicos, abonos, semillas, animales de trabajo, productos veterinarios, productos para reforestación; manufacturas: aceites vegetales, adhesivos, aditivos, pinturas, cemento, madera, plásticos, etc.; comercio y servicios: papel para impresión, bolsas de papel o plástico, cajas, productos médicos, artículos de oficina, materiales de limpieza, prendas de vestir, alimentos, etc.

#### IV.3. Maquinaria y equipo utilizado (excepto equipo de transporte)

Anotar el número de unidades, nombre, uso al que se destina, señalando si es No motorizado, Motorizado no automatizado o Automatizado, la capacidad o potencia, de acuerdo a cada apartado, de las máquinas que emplea para transformar los insumos o materias primas, en los productos o servicios de su empresa o negocio.

**No motorizados:** son considerados aquellos, que se operan manualmente o artesanalmente para lograr la transformación de insumos o materias primas, en productos o servicios.

**Motorizados no automatizados:** son aquellos operados por la mano del hombre, que combinan el impulso de motores eléctricos o de combustión para el procesamiento o transformación, de insumos o materias primas en productos o servicios.

**Automatizados:** son aquellos que realizan procesos continuos de transformación de insumos o materias primas, que básicamente son operados o programados a través de computadoras.

**Otros** (Especifique).

#### IV.4. Cuenta con equipo de transporte

Marcar con "X" en el cuadro indicado que corresponda a las características de la empresa, si elige "Sí", pase al punto IV.5 y liste cuál es su principal equipo de transporte; si elige "No", pase al punto IV.6.

#### IV.5. Equipo de transporte utilizado

Anotar el número de unidades, nombre, uso, combustible o energía y capacidad o potencia del equipo de transporte que emplea para el desarrollo de las actividades de su negocio o empresa, ya sea éste utilizado para el acopio, traslado, entrega, distribución o venta de materias primas, materiales, productos, prestación de los servicios que ofrece, o para el transporte de personal.

#### IV.6. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado.

Describe los procesos de trabajo de la actividad del patrón, precisando los procesos iniciales, intermedios y finales. En su caso, describa los procesos que realiza para transformar, fabricar o procesar materias primas o insumos, en los productos de su empresa o negocio, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3. Tratándose de empresas prestadoras de servicios, deberá describir los procesos iniciales, intermedios y finales del o los servicios que presta, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3.

#### IV.7. Personal

Anotar el número de trabajadores con que cuenta el patrón por grupos de oficio u ocupación para el desarrollo de su actividad, que describa mejor el trabajo que desarrolla su personal en su negocio o empresa y que contribuye para la fabricación o venta de productos o prestación de servicios.

#### IV.8. Actividades complementarias a la principal

De las opciones que se presentan, señale las actividades complementarias que realiza su empresa o negocio para brindar mejor atención o servicio a sus clientes.

##### 38. Distribución o entrega de mercancías

Marcar con "X" el campo respectivo, para indicar, si utiliza transporte propio para realizar la entrega de mercancías, si realiza la entrega de mercancías con transporte ajeno, o si no cuenta con servicio de distribución o entrega.

##### 39. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

Marcar con "X", si cuenta con servicios de instalación, reparación o mantenimiento de los productos que elabora o vende.



Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA  
VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

**V. Datos de la empresa sustituida o fusionada**

Escriba los datos correspondientes al registro patronal de la empresa a la que sustituye o la que quedó fusionada al registro patronal para el que se presenta este aviso

**V.1. Persona moral**

40. **Denominación o razón social**, la denominación o razón social de la empresa o negocio, tal y como aparece en la escritura pública.

**V.2. Persona física:**

41. Apellido paterno.  
42. Apellido materno.  
43. Nombre(s).  
44. CURP. La Clave Única de Registro de Población.

**V.3. Datos del registro patronal y clasificación de la empresa sustituida o fusionada.** Escriba el registro patronal, el RFC y la clasificación actual de la empresa sustituida o fusionada.

45. **Registro patronal**, el registro patronal de la empresa sustituida o fusionada.  
46. **RFC**, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) que corresponde a la empresa o negocio sustituido o fusionado.  
47. **División**.  
48. **Grupo**.  
49. **Fracción**.  
50. **Clase**. Clase que corresponda a la fracción que el patrón determine en su autclasificación.  
51. **Prima**. Escriba la prima con la que está cotizando actualmente ante el Instituto la empresa sustituida o fusionada.

**VI. Datos de los bienes muebles o inmuebles objeto de la compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo.**

**Nota:** Cuando la empresa modifica su situación patronal por:

- Compra de activos
- Recepción o entrega de bienes en comodato
- Enajenación o venta de bienes
- Arrendamiento de bienes
- Fideicomiso traslativo

Tendrá la obligación de presentar este aviso, siempre que ello implique un cambio de actividad.

**Ejemplo:**

- Si usted es un patrón clasificado en la actividad o fracción 665 de "Compraventa de materiales para construcción tales como: madera, aceros y productos de ferretería, con transporte y/o preparación de mercancías.", de clase IV, y vende todo su equipo de transporte, su actividad se vería afectada ya que usted cambiaría su clasificación a la actividad o fracción 664 "Compraventa de materiales para construcción, tales como madera, aceros y productos de ferretería, sin transporte, ni preparación de mercancías" de clase II, por lo que estaría obligado a presentar este aviso.

**VI.1. Cantidad y descripción de los bienes.** Describa el tipo de bien o bienes que originan la modificación que presenta ante el Instituto e indique la cantidad de los mismos.

**VI.2. Uso que se le daba o dará a los bienes.** Indique brevemente para qué fue o será utilizado el bien o bienes que originan la modificación presentada ante el Instituto.

**VI.3. Afectación directa o indirecta al desarrollo de la actividad económica.** Describa brevemente, cómo el bien o los bienes objeto de la compra, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo, especificados en el punto VI.1., afectan directa o indirectamente, en el desarrollo de las actividades de la empresa o negocio.

**VII. Firma del patrón y acuse de recibo**

**VII.1. Firma del patrón o de su representante legal**

Anotar la firma autógrafa del patrón o del representante legal del patrón persona moral, en su caso, firma electrónica, conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Acuse de recibo (para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social).**



**II. Motivo de la aclaración**

**A) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar ante el IMSS** 30

<input type="checkbox"/> Cobro de incapacidad	<input type="checkbox"/> Retiro por desempleo	<input type="checkbox"/> Gastos de matrimonio	<input type="checkbox"/> Gastos de funeral
<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Registro de beneficiarios	<input type="checkbox"/> Cambio de UMF	<input type="checkbox"/> Credencial ADIMSS
<input type="checkbox"/> Autorización permanente para recibir servicios en circunscripción foránea			<input type="checkbox"/> Adscripción a UMF

**B) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar en la AFORE** 31

Registro en la AFORE       Aclaración de saldo de subcuenta de vivienda

**C) Señale con una "X" el trámite que necesita realizar en el INFONAVIT** 32

Obtener un crédito       Conclusión de crédito       Prórroga o reestructura de crédito

Descuento indebido de crédito      Señale el número de crédito que le están descontando 33

**D) Otra: Especifique** 34

**III. Domicilio del asegurado**

\_\_\_\_\_ 35      \_\_\_\_\_ 36      \_\_\_\_\_ 37      | | | | 38

Calle / Avenida / Andador      Número exterior o kilómetro      Número o letra interior      Código postal

\_\_\_\_\_ 39      \_\_\_\_\_ 40      \_\_\_\_\_ 41

Entre la calle de      Y la calle de      Colonia / Fracc. / U.Hab.

\_\_\_\_\_ 42      \_\_\_\_\_ 43      \_\_\_\_\_ 44

\* Localidad      Municipio o Delegación      Entidad Federativa

\_\_\_\_\_ 45      | | | | | | | | | | 46      | | | | | | | | | | 47

Dirección de correo electrónico      Tel. fijo c/clave de larga distancia      Tel. móvil c/clave de larga distancia

**Este apartado deberá requisitarse por el beneficiario o representante legal que se acredite, en caso de ausencia, enfermedad o fallecimiento del asegurado.**

**IV. Datos del solicitante (Beneficiario o representante legal del asegurado).**

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ 48

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ 49

Nombre(s): \_\_\_\_\_ 50

Beneficiario:  Esposa       Hijos      Representante Legal:

Padres       Concubina / Concubinario

\_\_\_\_\_ 51      \_\_\_\_\_ 52      \_\_\_\_\_ 53      \_\_\_\_\_ 54      | | | | 55

Calle / Avenida / Andador      Número exterior o kilómetro      Número o letra interior      Código postal

\_\_\_\_\_ 56      \_\_\_\_\_ 57      \_\_\_\_\_ 58

Entre la calle de      y la calle de      Colonia / Fracc. / U.Hab.

\_\_\_\_\_ 59      \_\_\_\_\_ 60      \_\_\_\_\_ 61      \_\_\_\_\_ 62

\*Localidad      Municipio o Delegación      Entidad Federativa

\_\_\_\_\_ 63      | | | | | | | | | | 64      | | | | | | | | | |

Dirección de correo electrónico      Tel. fijo c/clave de larga distancia      Tel. móvil c/clave de larga distancia

**V. Datos de la historia laboral (iniciando con el patrón que lo inscribió por primera vez)**

Nombre del patrón o Razón Social	Fecha de inscripción	Fecha de baja	Entidad federativa donde laboró
65	66		
		67	
			68

**VI. Datos adicionales de la historia laboral**

Número de Registro Patronal	Actividad o giro de la empresa	Dirección de la empresa
69	70	
		71

**Para ser requisitado por el IMSS**

**VII. Indicar en el recuadro los documentos probatorios que presenta el asegurado o solicitante en copia simple y original para su cotejo:**

1. Acta de Nacimiento	72	<input type="checkbox"/>
2. Identificación Oficial		<input type="checkbox"/>
a) Credencial para votar vigente expedida por el Instituto Federal Electoral		<input type="checkbox"/>
b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero		<input type="checkbox"/>
c) c) Cartilla del servicio militar nacional		<input type="checkbox"/>
d) d) Cédula profesional		<input type="checkbox"/>
e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional)		<input type="checkbox"/>
f) Tarjeta/cédula/carnet de identidad para extranjeros (en caso de extranjeros)		<input type="checkbox"/>
g) Forma migratoria FM2 o FM3 expedida por el Instituto Nacional de Migración (en caso de extranjeros)		<input type="checkbox"/>
3. Clave Única de Registro de Población CURP		<input type="checkbox"/>
4. Comprobante de domicilio de reciente expedición, no mayor de tres meses a la fecha de la presentación de la solicitud.		<input type="checkbox"/>
a) Derechos de agua		<input type="checkbox"/>
b) Luz		<input type="checkbox"/>
c) Teléfono (excepto celular)		<input type="checkbox"/>
d) Recibo de Gas		<input type="checkbox"/>
e) Certificación de la presidencia municipal (anual) o boleta predial (bimestral o anual del ejercicio vigente)		<input type="checkbox"/>
No es necesario que el comprobante esté a nombre del solicitante.		
5. Documento expedido por el IMSS que contenga el Número de Seguridad Social		<input type="checkbox"/>
a) Avisos afiliatorios (Forma 2-A, AFIL-02, AFIL-03, AFIL-04, IDSE-03, AFIL-06 y DST-002)		<input type="checkbox"/>
b) Tarjeta de afiliación		<input type="checkbox"/>
c) Certificado de incapacidad		<input type="checkbox"/>
d) Cartilla de citas médicas		<input type="checkbox"/>
e) Credencial ADIMSS		<input type="checkbox"/>
f) Liquidaciones pagadas		<input type="checkbox"/>
g) Comprobantes de pago		<input type="checkbox"/>
h) Carta de renuncia o finiquito		<input type="checkbox"/>
i) Comprobantes SAR-03, SAR-04 o estado de cuenta de la AFORE		<input type="checkbox"/>
j) Otros		<input type="checkbox"/>
En caso de que el asegurado autorice que el trámite lo realice un tercero, éste deberá presentar además de los documentos señalados en los puntos del 1 al 5:		
- Poder notarial que lo acredite		<input type="checkbox"/>
- Identificación oficial		<input type="checkbox"/>
En caso de fallecimiento:		
- Acta de defunción del asegurado en copia simple y original para su cotejo:		<input type="checkbox"/>
Tratándose de:		
- Esposa: Acta de matrimonio e identificación oficial		<input type="checkbox"/>
- Hijos: Acta de nacimiento e identificación oficial.		<input type="checkbox"/>
- Padres: Identificación oficial		<input type="checkbox"/>
- Concubina / Concubinario: Constancia testimonial con que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente e Identificación oficial.		<input type="checkbox"/>

**VIII.- Observaciones**

73

Los datos personales recabados serán protegidos, tratados e incorporados en el sistema de datos personales denominado Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) con fundamento en el Artículo: 22 de la Ley del Seguro Social, 13 fracción IV y V, 18, 19, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, cuya finalidad es proteger, contener, ordenar y clasificar los datos de los patrones y asegurados. El Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) está registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx), y serán transmitidos, al INFONAVIT y a la CONSAR con la finalidad de que el asegurado haga valer su derecho de ejercicio de crédito de vivienda y disposición del Seguro de Retiro, además de otras prestaciones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón o del asegurado, en su caso. Lo anterior se informa en cumplimiento del decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005".

74  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del asegurado o solicitante

75  
 \_\_\_\_\_  
 Huella digital

Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos y cada uno de los datos asentados son ciertos y en caso de falsedad seré acreedor a las sanciones previstas en los ordenamientos legales.

76  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del empleado IMSS

77  
 \_\_\_\_\_  
 Matrícula

78  
 \_\_\_\_\_  
 Sello IMSS

**COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REGULARIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

Fecha de solicitud: 

D	D	M	M	A	A	A	A			

1

Folio: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2

79

Usted deberá recoger la respuesta de su trámite una vez transcurridos \_\_\_\_\_ días hábiles contados a partir de la fecha de su solicitud; en caso contrario se procederá a cancelar su trámite.

78  
 \_\_\_\_\_  
 Sello IMSS

Los datos personales recabados serán protegidos, tratados e incorporados en el sistema de datos personales denominado Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) con fundamento en el Artículo: 22 de la Ley del Seguro Social, 13 fracción IV y V, 18, 19, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, cuya finalidad es proteger, contener, ordenar y clasificar los datos de los patrones y asegurados. El Catálogo Nacional de Asegurados (CANASE) está registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx), y serán transmitidos, al INFONAVIT y a la CONSAR con la finalidad de que el asegurado haga valer su derecho de ejercicio de crédito de vivienda y disposición del Seguro de Retiro, además de otras prestaciones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social en coordinación con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Subdelegación de control que corresponde al domicilio del patrón o del asegurado, en su caso. Lo anterior se informa en cumplimiento del decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005".

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>Dato</b>	<b>Anotar</b>
<b>I.- Datos del asegurado</b>		
1.-	Fecha de solicitud	Fecha en la que se requisita el cuestionario de "Solicitud de Regularización y/o Corrección de Datos Personales del Asegurado".
2.-	Folio	Folio que asignará la subdelegación que recibe el trámite.
3.-	Primer apellido	Primer apellido del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
4.-	Segundo apellido	Segundo apellido del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
5.-	Nombre(s)	Nombre completo del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.
6.-	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del asegurado conforme a la registrada en el acta de nacimiento.
7.-	Sexo	El género que corresponda, masculino o femenino.
8.-	CURP	Clave Única de Registro de Población. Secuencia alfanumérica de 18 caracteres.
9.-	UMF	Unidad de Medicina Familiar de Adscripción. (*Opcional).
10.-	N.S.S. involucrados	Número(s) de seguridad social involucrados.
11.-	Escriba el nombre de la AFORE en la que se encuentra registrado	Registre el nombre de la AFORE en la que se encuentre registrado (*Opcional).
12.-	Localidad	Nombre de la localidad de nacimiento, en caso de ser extranjero no aplica. (*Opcional).
13.-	Municipio o Delegación	Municipio o Delegación de nacimiento del asegurado (En caso de ser extranjero no aplica).
14.-	Entidad Federativa	Estado de la República Mexicana en donde ocurre, se inscribe o levanta el acta de nacimiento.
15.-	País	País de nacimiento.
16.-	Entidad federativa de registro	Entidad federativa de registro del acta de nacimiento.
17.-	Municipio o Delegación	División política territorial mexicana de las Entidades Federativas en donde se inscribe o se levanta el Acta de Nacimiento.
18.-	Año de registro	Año de registro del acta de nacimiento.
19.-	Número de libro	Número de libro del acta de nacimiento.
20.-	Número de acta	Número de acta de nacimiento.
21.-	Número de foja	Número de foja del acta de nacimiento.
22.-	Número de tomo	Número de tomo del acta de nacimiento.
23.-	CRIP	Clave de Registro e Identidad Personal. Secuencia alfanumérica de 15 caracteres que asigna el Registro Civil en el Acta de Nacimiento como elemento de localización (*Opcional).

- |      |                  |   |
|------|------------------|---|
| 24.- | Primer apellido  | Primer apellido del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.    |
| 25.- | Segundo apellido | Segundo apellido del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.   |
| 26.- | Nombre(s)        | Nombre(s) del padre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.          |
| 27.- | Primer apellido  | Primer apellido de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.  |
| 28.- | Segundo apellido | Segundo apellido de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento. |
| 29.- | Nombre(s)        | Nombre(s) de la madre del asegurado conforme al registrado en el acta de nacimiento.        |

**Nota: En este grupo de datos, deberá requisitar al menos uno.**

#### **II.- Motivo de la aclaración**

- |      |  |  |
|------|--|--|
| 30.- | Señale con una X el trámite a realizar ante el IMSS    | Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante el IMSS.      |
| 31.- | Señale con una X el trámite a realizar en la AFORE     | Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante la AFORE.     |
| 32.- | Señale con una X el trámite a realizar en el INFONAVIT | Marcar la casilla que corresponda al trámite a realizar ante el INFONAVIT. |
| 33.- | Número de crédito                                      | En caso de descuento indebido de crédito, anotar el número de crédito.     |
| 34.- | Otra   | Anotar y especificar cualquier otro motivo de aclaración.                  |

#### **III.- Domicilio del asegurado**

- |      |  |  |
|------|--|--|
| 35.- | Calle / Avenida / Andador                  | Calle, avenida o andador del domicilio del asegurado.                                    |
| 36.- | Número exterior o kilómetro                | Número exterior o kilómetro del domicilio del asegurado.                                 |
| 37.- | Número o letra interior                    | Número o letra interior del domicilio del asegurado.                                     |
| 38.- | Código postal                              | Código postal del domicilio del asegurado.   |
| 39.- | Entre la calle de                          | Entre calle del domicilio del asegurado.   |
| 40.- | Y la calle de                              | Entre calle del domicilio del asegurado.   |
| 41.- | Colonia / Fracc. / U. Hab.                 | Nombre de la colonia, fraccionamiento o unidad habitacional del domicilio del asegurado. |
| 42.- | Localidad                                  | En su caso, nombre de la localidad del domicilio del asegurado (*Opcional).              |
| 43.- | Municipio o Delegación                     | Municipio o Delegación del domicilio del asegurado.                                      |
| 44.- | Entidad federativa                         | Entidad federativa del domicilio del asegurado.  |
| 45.- | Dirección de correo electrónico            | Dirección de correo electrónico del asegurado.   |
| 46.- | Teléfono fijo c/ clave de larga distancia  | Teléfono fijo a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia.                         |
| 47.- | Teléfono móvil c/ clave de larga distancia | Teléfono móvil o celular a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia.              |

**Este apartado deberá requisitarse en caso de ausencia, enfermedad o fallecimiento del asegurado, por el beneficiario o representante legal que se acredite.**

**IV. Datos del solicitante (Beneficiario o representante legal del asegurado).**

- |  |   |
|--|---|
| 48.- Primer Apellido                             | Primer apellido del beneficiario o representante legal conforme al registrado en el acta de nacimiento.                         |
| 49.- Segundo Apellido                            | Segundo apellido del beneficiario o representante legal conforme al registrado en el acta de nacimiento.                        |
| 50.- Nombre(s)                                   | Nombre(s) del beneficiario del beneficiario o representante legal conforme al registrado en el acta de nacimiento.              |
| 51.- Beneficiario o Representante Legal          | Señalar el tipo de beneficiario o si es representante legal del asegurado.  |
| 52.- Calle / avenida / andador                   | Calle, avenida o andador del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado.                                    |
| 53.- Número exterior o kilómetro                 | Número exterior o kilómetro del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado.                                 |
| 54.- Número o letra interior                     | Número o letra interior del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado.                                     |
| 55.- Código postal                               | Código postal del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado.   |
| 56.- Entre la calle de                           | Entre calle del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado.   |
| 57.- Y la calle de                               | Entre calle del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado.   |
| 58.- Colonia / Fracc. / U. Hab.                  | Nombre de la colonia, fraccionamiento o unidad habitacional del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado. |
| 59.- Localidad                                   | En su caso, nombre de la localidad del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado. (*Opcional).             |
| 60.- Municipio o Delegación                      | Municipio o Delegación del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado.                                      |
| 61.- Entidad federativa                          | Estado de la República Mexicana del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado.                             |
| 62.- Dirección de correo electrónico             | Dirección de correo electrónico del domicilio del beneficiario o representante legal del asegurado.                             |
| 63.- Teléfono fijo c/ clave de larga distancia   | Teléfono fijo a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia.  |
| 64.- Teléfono móvil con clave de larga distancia | Teléfono móvil o celular a 10 dígitos incluida la clave de larga distancia.   |

**V. Datos de su historia laboral (iniciando con el patrón que lo inscribió por primera vez ante el IMSS).**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 65.- Dirección de correo electrónico | Nombre, denominación o razón social de todos los patrones o sujetos obligados con los que ha laborado. |
| 66.- Fecha de inscripción            | Fecha de alta o reingreso del periodo laborado con cada uno de los patrones con los cuales trabajó.    |
| 67.- Fecha de baja                   | Fecha de baja del periodo laborado con cada uno de los patrones con los cuales trabajó.                |
| 68.- Entidad federativa donde laboró | Entidad federativa en donde se encuentren localizados los registros patronales donde ha laborado.      |

**VI. Datos adicionales de su historia laboral**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 69.- Número de registro patronal    | Clave numérica o alfanumérica en 11 posiciones, con la cual el IMSS identifica a los patrones o sujetos obligados. |
| 70.- Actividad o giro de la empresa | Actividad o giro de la empresa.  |
| 71.- Domicilio de la empresa        | Domicilio de la empresa donde laboró el asegurado.   |

**Para ser requisitado por el IMSS (\*)**

**VII. Indicar en el recuadro los documentos probatorios que presenta el asegurado o solicitante en copia simple y original para su cotejo:**

- |  |   |
|--|---|
| 72.- Documentos probatorios            | El empleado del IMSS deberá señalar en cada rubro la documentación entregada.                           |
| 73.- Observaciones                     | En este rubro se podrá agregar información adicional que considere relevante manifestar el solicitante. |
| 74.- Firma del asegurado o solicitante | Firma autógrafa del asegurado o solicitante   |
| 75.- Huella digital                    | Huella digital del asegurado, beneficiario o representante legal.                                       |
| 76.- Nombre y firma del trabajador     | Nombre completo y firma del trabajador que recibe el trámite.   |
| 77.- Matrícula                         | Matrícula del trabajador que recibe el trámite.   |
| 78.- Sello del IMSS                    | El empleado IMSS deberá sellar con reloj fechador.  |
| 79.- Días hábiles                      | Registrar los días a transcurrir para que el solicitante acuda a recoger la respuesta de su trámite.    |

**(\*) Nota: Las secciones VII y VIII, deberán ser requisitadas por el empleado IMSS.**

México, D.F., a 23 de julio de 2013.- El Director de Incorporación y Recaudación, **Tuffic Miguel Ortega**.- Rúbrica.

**(R.- 372376)**