

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

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

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

(*) Datos Opcionales

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

Datos generales del Patrón o Sujeto Obligado

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

Domicilio del Patrón o Sujeto Obligado

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

Nombre y firma del patrón,
sujeto obligado o su representante legal

Exclusivo IMSS

Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:

Delegación:

Subdelegación:

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

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

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

No. de notaria:	No. de acta:
No. de libro:	No. de foja:
Registro Público de la Propiedad y Comercio:	Información adicional:
Lugar y fecha de constitución:	

Instrucciones para el patrón

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

NOTA

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

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ IMSS-02-010-A | ☐ IMSS-02-002-C |
| ☐ IMSS-02-010-B | ☐ IMSS-02-002-D |
| ☐ IMSS-02-002-A | ☐ IMSS-02-002-E |
| ☐ IMSS-02-002-B | ☐ IMSS-02-002-J |
| | ☐ IMSS-02-002-K |

Homoclave del formato

AFIL-01

Se presenta por triplicado