

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

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

Fecha de solicitud del trámite		
/	/	
DD	MM	AAAA
(*) Datos Opcionales		

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

Datos generales del Patrón o Sujeto Obligado

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

Domicilio del Patrón o Sujeto Obligado

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

<p>_____ Nombre y firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal</p>	
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: <hr/> Nombre, Denominación o Razón Social del Patrón o Sujeto Obligado Número de Registro Patronal <hr/>
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.) <hr/> Código postal Calle Número exterior e interior Colonia Municipio o Delegación Estado o Distrito Federal <hr/>
Causa D Cambio nombre o razón social	Anote el nombre, denominación o razón social anterior: <hr/>
Causa E Sustitución patronal	Anote el nombre y número de registro del patrón sustituido (Solicite información adicional): <hr/> Nombre, Denominación, Razón Social del Patrón Sujeto Obligado Número de Registro Patronal <hr/>
Causa F Duplicidad	Anote los números de registro patronal aplicados y solicite información adicional: <hr/> Registro 1 Registro 2 <hr/>
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:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> IMSS-02-010-A | <input type="radio"/> IMSS-02-002-C |
| <input type="radio"/> IMSS-02-010-B | <input type="radio"/> IMSS-02-002-D |
| <input type="radio"/> IMSS-02-002-A | <input type="radio"/> IMSS-02-002-E |
| <input type="radio"/> IMSS-02-002-B | <input type="radio"/> IMSS-02-002-J |
| | <input type="radio"/> IMSS-02-002-K |

Homoclave del formato

AFIL-01

Se presenta por triplicado