

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

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

(\*) Datos Opcionales

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

Datos generales del Patrón o Sujeto Obligado

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

Domicilio del Patrón o Sujeto Obligado	
Código postal:	
Calle:	
(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)	
Número exterior:	Número interior:
Colonia:	
(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)	
*Localidad:	
Municipio o Alcaldía:	
Estado:	
*Teléfono fijo (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)



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 <b>A</b> Alta Patronal	Presente los avisos de inscripción de todos sus trabajadores						
Causa <b>B</b> Reanudación actividades	Anote los datos registrados anteriormente en el IMSS, presentando además los avisos de inscripción de sus trabajadores: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">Nombre, Denominación o Razón Social del Patrón o Sujeto Obligado</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Número de Registro Patronal</td> </tr> </table>	Nombre, Denominación o Razón Social del Patrón o Sujeto Obligado	Número de Registro Patronal				
Nombre, Denominación o Razón Social del Patrón o Sujeto Obligado	Número de Registro Patronal						
Causa <b>C</b> Cambio de domicilio o circunscripción	Anote el domicilio anterior: En cambios de circunscripción presente en la nueva circunscripción los avisos conforme causa "A" (Excepto CDMX) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Código postal</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Calle</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Número exterior e interior</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Colonia</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Municipio o Alcaldía</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Estado</td> </tr> </table>	Código postal	Calle	Número exterior e interior	Colonia	Municipio o Alcaldía	Estado
Código postal	Calle	Número exterior e interior	Colonia	Municipio o Alcaldía	Estado		
Causa <b>D</b> Cambio nombre o razón social	Anote el nombre, denominación o razón social anterior:						
Causa <b>E</b> Sustitución patronal	Anote el nombre y número de registro del patrón sustituido (Solicite información adicional): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">Nombre, Denominación, Razón Social del Patrón Sujeto Obligado</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Número de Registro Patronal</td> </tr> </table>	Nombre, Denominación, Razón Social del Patrón Sujeto Obligado	Número de Registro Patronal				
Nombre, Denominación, Razón Social del Patrón Sujeto Obligado	Número de Registro Patronal						
Causa <b>F</b> Duplicidad	Anote los números de registro patronal aplicados y solicite información adicional: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Registro 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Registro 2</td> </tr> </table>	Registro 1	Registro 2				
Registro 1	Registro 2						
Causa <b>G</b> Baja	Anote el motivo de la baja: <p>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.</p>						
Causa <b>H</b> 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**



**GOBIERNO DE MÉXICO**



**Contacto:**  
 Paseo de la Reforma 476, P.B.  
 Col. Juárez, Cuauhtémoc  
 C.P. 06600, CDMX  
 Tel. 01 800 623 23 23  
<http://atencion.contactoimss.com.mx>