

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SERVICIOS DE AFILIACION-VIGENCIA DE DERECHOS
AVISO DE INSCRIPCION DEL TRABAJADOR

INSTITUTO DE FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA
PARA LOS TRABAJADORES

AFIL-02

LLENARSE A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES

CLAVE DE ARGUMENTO IMSS		TIPO DE CONTRATACION DEL TRABAJADOR		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR	
PERMANENTE 1		EVENTUAL 2		EVENTUAL CONST. 3	
NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL 10 DÍGITOS DIG. VER.		NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR (SIN ABREVIATURAS)		CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION 10 DÍGITOS DIG. VER.	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
SALARIO BASE DE COTIZACIÓN \$		TIPO DE SALARIO		EXCLUSIVO IMSS	
FECHA DE INGRESO AL TRABAJO		SEXO		EN CASO DE JORNADA O SEMANA REDUCIDA ANOTAR LOS DÍAS QUE LABORA O EL HORARIO	
DIA (2 DIG.) MES (2 DIG.) AÑO (4 DIG.)		MASC. 1 FEM. 2		OCUPACION DEL TRABAJADOR	
LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO)		FECHA DE NACIMIENTO		U M F	
NOMBRE DEL PADRE (AUN FINADO)		NOMBRE DE LA MADRE (AUN FINADA)		FECHA Y HORA DE RECEPCION DE ESTE AVISO EN EL IMSS	
DOMICILIO DEL TRABAJADOR		CALLE Y/O MANZANA NUMERO		COLONIA Y/O POBLACION	
MUNICIPIO		ENTIDAD		C. P.	
NOMBRE, DENOMINACION, RAZON SOCIAL DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO		UBICACION DEL CENTRO DE TRABAJO		EXTEMPORANEO	
CALLE Y/O MANZANA NUMERO		CALLE Y/O MANZANA NUMERO		COLONIA Y/O POBLACION	
MUNICIPIO		ENTIDAD		C. P.	
FIRMA DEL PATRON, SUJETO OBLIGADO O SU REPRESENTANTE LEGAL		FIRMA O HUELLA DEL ASEGURADO		1	

LOS MOVIMIENTOS QUE AMPARA ESTE FORMATO SURTEN EFECTO TANTO PARA EL IMSS COMO PARA EL INFONAVIT CONFORME A SUS RESPECTIVAS LEYES.
CAPTURA / AVISOS ORIGINALES CONSERVE ESTE DOCUMENTO PARA CUALQUIER ACLARACION

ANVERSO

IMPORTANTE PARA EL PATRÓN

- PARA LA INTEGRACIÓN DEL SALARIO CONSIDERE LOS ARTS. 27, 28, 29, 30, Y 32 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y 29 DE LA LEY DEL INFONAVIT
- LAS INSCRIPCIONES DE LOS TRABAJADORES QUE YA TIENEN NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PODRÁN PRESENTARSE MEDIANTE DISPOSITIVOS MAGNÉTICOS, SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN EN EL IMSS

IMPORTANTE PARA EL TRABAJADOR

A PARTIR DE ESTA FECHA, HA QUEDADO USTED INSCRITO CON DERECHO A RECIBIR LAS PRESTACIONES DE LAS LEYES DEL IMSS E INFONAVIT, UNA VEZ REUNIDAS LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN ELLAS.

RECUERDE QUE EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL QUE SE LE HA ASIGNADO ES ÚNICO E INTRANSFERIBLE Y DEBERÁ PROPORCIONARLO CADA VEZ QUE SOLICITE ALGÚN TRÁMITE ANTE LOS INSTITUTOS O ANTE LA AFORE DE SU ELECCIÓN.

PARA LA OBTENCIÓN DE SERVICIO MÉDICO, DEBERÁ USTED DE ACUDIR A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR QUE APARECE ANOTADA EN ESTE AVISO PARA QUE LE SEA ENTREGADA SU **TARJETA DE AFILIACIÓN** Y SU TARJETA DE CITAS MÉDICAS.

PARA EL REGISTRO DE SUS BENEFICIARIOS LEGALES DEBERÁ CUMPLIR CON LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, ADEMÁS DE PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- | | | |
|--------------------|--|---|
| ● ESPOSA (O): | | ● COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO CIVIL. |
| ● CONCUBINA (RIO): | (CON HIJOS PROCREADOS)
(SIN HIJOS PROCREADOS) | ● COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO DE UNO DE LOS HIJOS. |
| | | ● COMPROBACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA CON EL ASEGURADO, MÍNIMA DE 5 AÑOS. |
| ● HIJOS: | (HASTA LOS 18 AÑOS)
(DE 18 A 25 AÑOS) | ● COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO. |
| | | ● COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO Y COMPROBANTE DE LA ESCUELA DEL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL DONDE REALIZA ESTUDIOS, QUE INDIQUE INICIO Y TERMINO DEL CICLO ESCOLAR. |
| ● PADRES: | | ● COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO Y COMPROBACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA CON EL ASEGURADO. |

PARA TODO TRÁMITE Y SOLICITUD DE PRESTACIONES DEBE PRESENTAR LA **TARJETA DE AFILIACIÓN**.

- IMPORTANTE:
- CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO COMUNÍQUELO AL IMSS, A TRAVÉS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE SU ADSCRIPCIÓN.
 - REVISE QUE SU SALARIO ESTÉ CORRECTAMENTE ANOTADO, YA QUE ES LA BASE PARA OTORGARLE LOS BENEFICIOS QUE ESTABLECEN LAS LEYES DE SEGURO SOCIAL Y DEL INFONAVIT.

REVERSO