

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SERVICIOS DE AFILIACION-VIGENCIA DE DERECHOS

AVISO DE INSCRIPCION DEL TRABAJADOR

INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

AFIL-02

LLENESE A MAQUINA O LETRA DE MOLDE

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTOS FORMATOS CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS LEYES APLICABLES

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| I.M.S.S. CLAVE DE ARGUMENTO | | TIPO DE CONTRATACION DEL TRABAJADOR PERMANENTE 1 <input type="checkbox"/> EVENTUAL 2 <input type="checkbox"/> EVENTUAL CONST. 3 <input type="checkbox"/> | | NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR _____ 10 DIGITOS _____ DIG. VER. _____ | |
| NUMERO DE REGISTRO PATRONAL _____ 10 DIGITOS _____ DIG. VER. _____ | | CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION _____ | | | |
| NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR (SIN ABREVIATURAS) _____ | | | | | |
| APELLIDO PATERNO _____ | | APELLIDO MATERNO _____ | | NOMBRE(S) _____ | |
| SALARIO BASE DE COTIZACION \$ _____ | | TIPO DE SALARIO FIJO 0 <input type="checkbox"/> VARIABLE 1 <input type="checkbox"/> MIXTO 2 <input type="checkbox"/> | | EXCLUSIVO IMSS | |
| FECHA DE INGRESO AL TRABAJO DIA (2 DIG.) MES (2 DIG.) AÑO (4 DIG.) _____ | | SEXO MASC. 1 <input type="checkbox"/> FEM. 2 <input type="checkbox"/> | | EN CASO DE JORNADA O SEMANA REDUCIDA ANOTAR LOS DIAS QUE LABORA O EL HORARIO _____ | |
| LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO) _____ | | FECHA DE NACIMIENTO _____ | | OCUPACION DEL TRABAJADOR _____ | |
| NOMBRE DEL PADRE (AUN FINADO) _____ | | NOMBRE DE LA MADRE (AUN FINADA) _____ | | U . M . F . | |
| 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 _____ | | FECHA Y HORA DE RECEPCION DE ESTE AVISO EN EL IMSS _____ | |
| UBICACION DEL CENTRO DE TRABAJO CALLE Y/O MANZANA _____ NUMERO _____ COLONIA Y/O POBLACION _____ MUNICIPIO _____ ENTIDAD _____ C.P. _____ | | FIRMADO DEL PATRON, SUJETO OBLIGADO O SU REPRESENTANTE LEGAL _____ | | | |
| FIRMADO DEL PATRON, SUJETO OBLIGADO O SU REPRESENTANTE LEGAL _____ | | FIRMA O HUELLA DEL TRABAJADOR _____ | | EXTEMPORANEO 1 <input type="checkbox"/> | |

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

IMPORTANTE PARA EL PATRON

- PARA LA INTEGRACION DEL SALARIO CONSIDERE LOS ART'S 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 NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PODRAN PRESENTARSE MEDIANTE DISPOSITIVOS MAGNETICOS, SOLICITE MAYOR INFORMACION 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 NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL QUE SE LE HA ASIGNADO ES UNICO E INTRANSFERIBLE Y DEBERA PROPORCIONARLO CADA VEZ QUE SOLICITE ALGUN TRAMITE ANTE LOS INSTITUTOS O ANTE LA AFORE DE SU ELECCION.

PARA LA OBTENCION DEL SERVICIO MEDICO, DEBERA USTED ACUDIR A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR QUE APARECE ANOTADA EN ESTE AVISO PARA QUE LE SEA ENTREGADA SU TARJETA DE AFILIACION Y SU TARJETA DE CITAS MEDICAS.

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

- | | | |
|--------------------|------------------------|--|
| • ESPOSA (O): | | • COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO CIVIL. |
| • CONCUBINA (RIO): | (CON HIJOS PROCREADOS) | • COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO DE UNO DE LOS HIJOS |
| | (SIN HIJOS PROCREADOS) | • COMPROBACION DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONOMICA CON EL ASEGURADO, MINIMA DE 5 AÑOS. |
| • HIJOS: | (HASTA LOS 16 AÑOS) | • COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO |
| | (DE 16 A 25 AÑOS) | • 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 COMPROBACION DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONOMICA CON EL ASEGURADO. |

PARA TODO TRAMITE Y SOLICITUD DE PRESTACIONES DEBE PRESENTAR LA TARJETA DE AFILIACION.

- IMPORTANTE:**
- CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO COMUNIQUELO AL I.M.S.S., A TRAVES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE SU ADSCRIPCION.
 - REVISE QUE SU SALARIO ESTE CORRECTAMENTE ANOTADO, YA QUE ES LA BASE PARA OTORGARLE LOS BENEFICIOS QUE ESTABLECEN LAS LEYES DEL SEGURO SOCIAL Y DEL INFONAVIT.