

## Instituto Mexicano del Seguro Social

## Tarjeta de Identificación Patronal (TIP)

## Homoclave del formato

TIP

## Fecha de solicitud del trámite

25 / 08 / 2023

DD

MM

AAAA

## Datos generales del patrón o sujeto obligado

Número de Registro Patronal: Y68 38869 10 2

Nombre, denominación o razón social del patrón o sujeto obligado:

## PRESTADORES DE SERVICIOS EXTERNOS SA DE CV

División: 8 Grupo: 89

Fracción: 8906 Clase: II

Delegación: NORTE

Subdelegación: 3 POLANCO

Lugar de expedición: CIUDAD DE MEXICO Fecha de expedición: 25 / 08 / 2023 DD MM AAA

Vigencia hasta: 23 / 08 / 2025

FRANCISCO JAVIER RIVAS BAEZ

Nombre y firma del patrón o representante legal

## Domicilio del patrón o sujeto obligado

Codigo postal: 05000

Calle: JOSE M CASTORENA

(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camach, Calzada, Corredor, etc.)

Número exterior: 497

Número interior:

Colonia: CUAJIMALPA

(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)

\*Localidad:

CUAJIMALPA DE MORELOS

Municipio o Alcaldía: CUAJIMALPA DE MORELOS

Estado: CIUDAD DE MEXICO

Artículo 15 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, - El patrón o sujeto obligado deberá avisar al instituto por escrito del robo, destrucción o extravío del documento de identificación, para proceder a su reposición, previo pago correspondiente.

Asimismo, deberá dar aviso oportuno al instituto, para efectos de su invalidación y reposición, de la pérdida o cualquier otra situación que pudiera implicar la reproducción o uso indebido de su número patronal de identificación electrónica.

La presentación del aviso no exime al patrón o sujeto obligado de cumplir con sus obligaciones legales. Todos los actos realizados bajo el amparo de dicho documento o número patronal de identificación electrónica, serán validados hasta la fecha de presentación del aviso respectivo.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- ☐ IMSS-02-001-A    ☐ IMSS-02-001-D    ☐ IMSS-02-001-G    ☐ IMSS-02-002-C    ☐ IMSS-02-002-F  
☐ IMSS-02-001-B    ☐ IMSS-02-001-E    ☐ IMSS-02-002-A    ☐ IMSS-02-002-D  
☐ IMSS-02-001-C    ☐ IMSS-02-001-F    ☐ IMSS-02-002-B    ☐ IMSS-02-002-E

## Personas autorizadas para presentar avisos afiliatorios

1.- \_\_\_\_\_ 2.- \_\_\_\_\_ 3.- \_\_\_\_\_  
Nombre y firma Nombre y firma Nombre y firma

Usuario: EDITH LILIANA PEREZ CALLEJAS

Matrícula: 99091823

Folio: 00160

893

ING. CRISTIAN LEONARDO ARELLANO CERON  
ENC. Del Departamento de Afiliación Vigencia  
Autorización IMSS (nombre y firma)

## Contacto:

Paseo de la Reforma 476, P.B.

Col. Juárez, Cuauhtémoc

C.P. 06600, Ciudad de México

Tel. 01 800 623 23 23

<http://atencion.contactoimss.com.mx>