

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIALwww.imss.gob.mx[Inicio](#)[Contacto y Directorios](#)[Mapa del Sitio](#)[English](#)

Seguimiento de Solicitudes Patronales - Menú Principal - Certificación de Requerimientos

MÓDULO DE SEGUIMIENTO DE SOLICITUDES PATRONALES VÍA INTERNET

INFORMACIÓN DEL REQUERIMIENTO

Datos del Requerimiento		Datos de la Empresa	
Razón Social	SAEO SA DE CV		
Registro Patronal	I341078310		
RFC-Homoclave	SAE140804EA8		
NPIE	I3410783108		
Información del Patrón, Sujeto Obligatorio o Representante Legal			
REPRESENTANTE LEGAL	CRUZ HERNANDEZ JONATAN		
CURP	CUHJ850307HOCRRN03		
Correo Electrónico	saeo0101@hotmail.com		
Teléfono	9514679156		
Domicilio Fiscal			
Calle	CARRETERA PANTEON JARDIN		
Número Ext/Int	123 C 23/1		
Colonia	RESIDENCIAL JAZMINES		
Municipio o Delegación	SAN ANDRES HUAYAPAM		
Ciudad	OAXACA		
Entidad Federativa	OAXACA		
Código Postal	68287		
<input type="button" value="Aceptar"/> <input type="button" value="Regresar"/>			





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Carta de Términos y Condiciones para la Obtención y Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica (NPIE) y Certificado Digital

4 de Marzo de 2019

C. Subdelegado del Instituto Mexicano del Seguro Social

Presente:

El que suscribe JONATAN CRUZ HERNANDEZ, con R.F.C. CUHJ8503071Q2, C.U.R.P. CUHJ850307HOCRRN03 y correo electrónico saeo0101@hotmail.com, representante legal de SAEO SA DE CV, con Registro Patronal I3410783108, R.F.C. SAE140804EA8, con domicilio fiscal ubicado en calle CARRETERA PANTEON JARDIN, número exterior 123 C 23, número interior 1, de la colonia RESIDENCIAL JAZMINES, Delegación o Municipio SAN ANDRES HUAYAPAM; de la ciudad OAXACA, Código Postal 68287, manifiesto mi conocimiento y aceptación de los términos y condiciones a los que me hago acreedor en mi calidad de representante legal y a los que se hace acreedor mi representado SAEO SA DE CV por la obtención, uso y manejo de su Número Patronal de Identificación Electrónica (en adelante NPIE) y Certificado Digital, en los trámites electrónicos o actuaciones electrónicas que se requieran para cumplir con las obligaciones derivadas de la Ley del Seguro Social y de los Reglamentos y disposiciones que de ella emanen.

Por lo anterior, ante Usted declaro que:

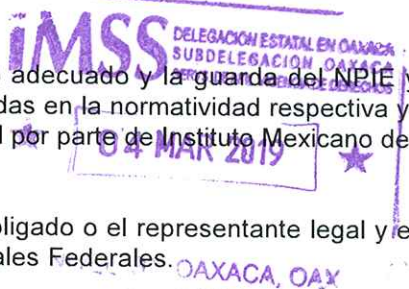
A. Conozco la normatividad expedida por el Instituto aplicable para la asignación y uso del NPIE y Certificado Digital asignado por el IMSS.

B. Me encuentro debidamente acreditado como representante legal de (Nombre, denominación o razón social del patrón o sujeto obligado), con Registro Patronal (Registro patronal).

C. Acepto utilizar el NPIE y su correspondiente Certificado Digital emitidos por el IMSS, en los trámites electrónicos o actuaciones electrónicas que así sea procedente ante el Instituto, de conformidad con la normatividad y disposiciones legales aplicables.

Términos y Condiciones

1. El patrón, sujeto obligado o su representante legal es responsable del uso adecuado y la guarda del NPIE y Certificado Digital, en caso contrario se hará merecedor a las sanciones contenidas en la normatividad respectiva y aplicable, estando considerada la revocación administrativa del Certificado Digital por parte de Instituto Mexicano de Seguro Social.
2. En caso de que se presente una controversia legal entre el patrón, sujeto obligado o el representante legal y el Instituto, las partes se someterán a la competencia de las autoridades y tribunales Federales.
3. Los patrones o sujetos obligados que por sí o a través de su representante legal utilicen el intercambio de información por medios electrónicos, estarán expresando su voluntad para que en substitución de su firma autógrafa se utilice su NPIE y Certificado Digital.
4. Los patrones o sujetos obligados que por sí o a través de su representante legal aceptan y manifiestan su conformidad al realizar el intercambio de información a través de medios electrónicos para la recepción de notificaciones electrónicas y se obligan a dar respuesta por la misma vía al Instituto. Dichas promociones, producirán los mismos efectos legales que los documentos con firma autógrafa y en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio que las disposiciones aplicables les otorgan a éstos, siendo considerada como prueba la información contenida en los medios electrónicos, ópticos, magneto ópticos o de cualquier otra tecnología.
5. El patrón o sujeto obligado por sí o través de su representante legal deberá notificar al Instituto la pérdida, robo o destrucción de su Certificado Digital, para proceder a su cancelación y posterior reposición, sujetándose a los procesos y lineamientos que el Instituto Mexicano del Seguro Social señale.



6. La presentación de la notificación por pérdida, robo o destrucción a la que se refiere el párrafo anterior, no exime al patrón, sujeto obligado o su representante legal de cumplir con sus obligaciones legales de todos los actos realizados bajo el amparo de dicho Certificado Digital, los cuales gozarán de absoluta validez hasta la presentación de la notificación correspondiente.

7. Para la utilización del NPIE y Certificado Digital ante el Instituto, es necesario que el patrón, sujeto obligado por sí o a través de su representante legal concluya el procedimiento de activación, para que el Instituto certifique la validez del uso de los medios de identificación digital.

8. Para llevar a cabo los trámites electrónicos o actuaciones electrónicas y obtener acceso a los sistemas del Instituto Mexicano del Seguro Social que así lo requieran, el patrón o sujeto obligado debe utilizar, de acuerdo con los lineamientos de cada sistema, el archivo y datos de identificación digital siguientes:

Archivo de Certificado Digital.

Usuario.

Contraseña.

9. En los trámites electrónicos y actuaciones electrónicas realizados con un NPIE y Certificado Digital vigente del patrón o sujeto obligado, el NPIE y su Certificado sustituyen su firma autógrafa y garantizan la integridad de los documentos, por lo que producen los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos firmados de manera autógrafa por el patrón o sujeto obligado por sí o a través de su representante legal, teniendo el mismo valor probatorio.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en el presente documento son completos, correctos y que mi persona y mi representado cumplimos con el total de los requisitos establecidos por la normatividad aplicable.

Atentamente

Representante Legal: JONATAN CRUZ HERNANDEZ

R.F.C.: CUHJ8503071Q2

C.U.R.P.: CUHJ850307HOCRRN03

Correo Electrónico: saeo0101@hotmail.com

Patrón, sujeto obligado: SAE0 SA DE CV

Registro Patronal: I3410783108

R.F.C.: SAE140804EA8

No. De Folio: be 02 6a de 50 ce a3 52 ae ca f3 76 0d ae 78 32

Usuario: I3410783108

NPIE: I3410783108



Sello digital: C5+6zhM4pSyz3whh9bDoEaK2CUG/39pNVwMs3+wlp7KDdwArevJ02SxS518W2DM6/0fu0pdeCBkv
1989EDVd/wFW7FW+rNOPSvX7/Ftk8k5CFfnsxely4V0wMyiV3CfxF+t6oCVcr+Nysjk6ck7dDsjM
dWuM/vnPonVm7MDPGUU=



Constancia de Recepción del Certificado Digital del Número Patronal de Identificación Electrónica (NPiE) asignado por el IMSS

04 de marzo de 2019

C. Subdelegado del Instituto Mexicano del Seguro Social

Presente

El que suscribe C. **CRUZ HERNANDEZ JONATAN**, con Registro Federal de Contribuyentes (RFC): CUHJ8503071Q2, con Clave Única de Registro de Población (CURP): CUHJ850307HOCRRN03 y señalando para oír y recibir notificaciones el domicilio fiscal ubicado en CARRETERA PANTEON JARDIN 123 C 23 1, RESIDENCIAL JAZMINES, OAXACA, SAN ANDRES HUAYAPAM, OAXACA, 68287, así como la dirección de correo electrónico: saeo0101@hotmail.com.

A través del presente, manifiesto bajo protesta de decir verdad que recibí del Instituto Mexicano del Seguro Social, el archivo correspondiente al Certificado Digital, el cual me fue entregado en el dispositivo de almacenamiento electrónico por mí presentado para tales efectos, por lo que queda bajo mi absoluta responsabilidad el resguardo, confidencialidad, uso y manejo del mismo.

Acepto que los trámites electrónicos y actuaciones electrónicas realizados con el Número Patronal de Identificación Electrónica (NPiE) y Certificado Digital son de mi autoría y producen los mismos efectos jurídicos que los realizados con mi firma autógrafa.

ATENTAMENTE


Jonatan Cruz Hernández
Nombre y Firma



Nombre, denominación o razón social: SAE0 SA DE CV

Registro Patronal: I3410783108

Número Patronal de Identificación Electrónica: I3410783108

R.F.C. del Patrón: SAE140804EA8

Usuario: I3410783108

Folio de solicitud: be 02 6a de 50 ce a3 52 ae ca f3 76 0d ae 78 32

Serial del certificado: 00000100000207898067

Sello digital

ElgHUVph6z8i47KW6Av8rAqCMG+t5FfJc6Cer84jJDhre9QwnYM0uPHkZK3aD1hPrYKKHLovaN9W
MQmupdpbG69ff6GevHfUNWe3nRy+d2MLcUEsT9xR+jMXRNldRm7NpR0R0AF64oR+827511EGvw==

Instituto Mexicano del Seguro Social

Tarjeta de Identificación Patronal (TIP)

Homoclave del formato		Fecha de solicitud del trámite	
TIP		27 / 02 / 2019 DD MM AAAA	

Datos generales del patrón o sujeto obligado Número de Registro Patronal: I3410783108 Nombre, denominación o razón social del patrón o sujeto obligado: SAEO SA DE CV División: 4 Grupo: 41 Fracción: 4102 Clase: V Delegación: OAXACA Subdelegación: OAXACA Lugar de expedición: OAXACA Fecha de expedición: 04 / 03 / 2019 Vigencia hasta: 04/03/2021 JONATAN CRUZ HERNANDEZ Nombre y firma del patrón o representante legal		Domicilio del patrón o sujeto obligado Código postal: 68287 Calle: CARRETERA PANTEON JARDIN (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.) Número exterior: 123 CASA 23 Número interior: INT 1 Colonia: RESIDENCIAL JAZMINES (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.) *Localidad: SAN ANDRES HUAYAPAM Municipio o Alcaldía: SAN ANDRES HUAYAPAM Estado: OAXACA
---	--	--

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 oportunamente 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:

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> IMSS-02-001-A | <input type="radio"/> IMSS-02-001-D | <input type="radio"/> IMSS-02-001-G | <input type="radio"/> IMSS-02-002-C | <input type="radio"/> IMSS-02-002-F |
| <input type="radio"/> IMSS-02-001-B | <input type="radio"/> IMSS-02-001-E | <input type="radio"/> IMSS-02-002-A | <input type="radio"/> IMSS-02-002-D | |
| <input type="radio"/> IMSS-02-001-C | <input type="radio"/> IMSS-02-001-F | <input type="radio"/> IMSS-02-002-B | <input type="radio"/> IMSS-02-002-E | |

Personas autorizadas para presentar avisos afiliatorios		
1. _____	2. _____	3. _____
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

Usuario: ELIZABETH LAURA TORRES GARCIA Matrícula: 99218895 Folio: 01I3410783108210220190304114302	Autorización IMSS (nombre y firma) 
---	--