

Tarjeta de Identificación Patronal (TIP)

Homoclave del formato		Fecha de solicitud del trámite		
TIP		01 DD	/ 05 MM	/ 2021 AAAA

Datos generales del patrón o sujeto obligado		Domicilio del patrón o sujeto obligado	
Número de Registro Patronal: F3030824103		Código postal: 94294	
Nombre, denominación o razón social del patrón o sujeto obligado: TRANSPORTES ARGOS SA DE CV		Calle: JUAN DE GRIJALVA (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)	
División: 7	Grupo: 71	Número exterior: 134	
Fracción: 7102	Clase: V	Número interior: 4	
Delegación: VERACRUZ NORTE		Colonias: VIRGINIA	
Subdelegación: VERACRUZ		(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)	
Lugar de expedición: VERACRUZ	Fecha de expedición: 31 / 05 / 2021 expedición: DD MM AAAA	Localidad: BOCA DEL RIO	
Vigencia hasta: 31/05/2023		Municipio o Alcaldía: BOCA DEL RIO	
Nombre y firma del patrón o representante legal ANGE C.L. ANGEL DYLAN GARCIA LOPEZ		Estado: VERACRUZ	

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.

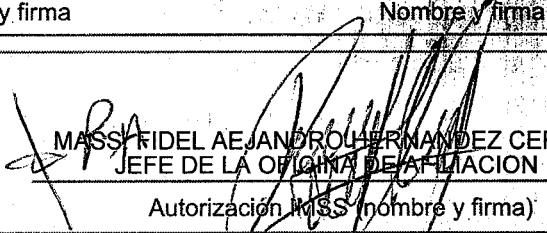
La presentación del aviso no exime al patrón o sujeto obligado de cumplir con sus obligaciones legales. Todos los actos realizados bajo el amparo de dicho documento o número patronal de identificación electrónica, serán validados hasta la fecha de presentación del aviso respectivo.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-001-A | <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-001-D | <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-001-G | <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-002-C | <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-002-F |
| <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-001-B | <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-001-E | <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-002-A | <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-002-D | |
| <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-001-C | <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-001-F | <input checked="" type="radio"/> IMSS-02-002-B | <input checked="" 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: CIRENIA RINCON COZAR	 MASS FIDEL AEJANDRO HERNANDEZ CERVANTES JEFE DE LA OFICINA DE AFILIACION Autorización IMSS (nombre y firma)
Matrícula: 11596546	
Folio: 01F3030824103311220210531135002	