

SERVICIOS DE AFILIACION-VIGENCIA DE DERECHOS

AVISO DE INSCRIPCION PATRONAL
O DE
MODIFICACION EN SU REGISTRO

EXCLUSIVO IMSS		
TIPO DE	CLAVE MUNICIPIO	
MOV	CAUSA	ARGUMENTO

NUMERO DE REGISTRO PATRONAL	
D1550950102	
10 DIGITOS	DIG. VER
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	
ATI 100608 71A	

NOMBRE, DENOMINACION, RAZON SOCIAL DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO

ALTA TECNOLOGIA EN INGENIERIA DE PAVIMENTOS Y SEGURIDAD VIAL

EXCLUSIVO IMSS

FECHA Y HORA DE RECEPCION
DE ESTE AVISO EN EL IMSSOTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS
Y TECNICOS

EXCLUSIVO IMSS EN SEGUROS ESPECIALES		FECHA DE LA CAUSA DEL AVISO	
1	8401 0.54355	01	06 2012

DOMICILIO DEL PATRON		CALLE Y/O MANZANA		NUMERO		COLONIA Y/O POBLACION	
TERRANOVA		107 CASA 3 BELLO HORIZONTE		CUEERNAVACA		MORELOS 62340	

MARQUE CON UNA "X" LA CAUSA DE PRESENTACION DE ESTE AVISO

<input type="checkbox"/> A	ALTA PATRONAL	<input type="checkbox"/> B	REANUDACION ACTIVIDADES	<input checked="" type="checkbox"/> C	CAMBIO DOMICILIO O CIRCUNSCRIPCION	<input type="checkbox"/> D	CAMBIO NOMBRE O RAZON SOCIAL
<input type="checkbox"/> E	SUSTITUCION PATRONAL	<input type="checkbox"/> F	DUPPLICIDAD	<input type="checkbox"/> G	BAJA	<input type="checkbox"/> H	HUELGA
				<input type="checkbox"/> I	INICIO	<input type="checkbox"/> LEGAL	
				<input type="checkbox"/> J	TERMINO	<input type="checkbox"/> INEXISTENTE	

IMPORTANTE: LEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO

DELEGACION

SUBDELEGACION

FRANCISCO JAVIER MORENO FIERROS

NOMBRE Y FIRMA DEL PATRON, SUJETO OBLIGADO O SU REPRESENTANTE LEGAL

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

PATRON

DESPRENDASE ANTES DE SER PRESENTADOS LOS AVISOS AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

No. DE NOTARIA

No. DE ACTA

No. DE LIBRO

No. DE FOLIO

INFORMACION ADICIONAL

REG. PUBLICO DE LA PROPIEDAD Y COMERCIO

LUGAR Y FECHA DE CONSTITUCION

INSTRUCCIONES PARA EL PATRON

CAUSA ALTA	A	PRESENTE LOS AVISOS DE INSCRIPCION DE TODOS SUS TRABAJADORES
CAUSA REANUDACION ACTIVIDADES	B	ANOTE LOS DATOS REGISTRADOS ANTERIORMENTE EN EL IMSS, PRESENTANDO ADEMAS LOS AVISOS DE INSCRIPCION DE SUS TRABAJADORES
		NOMBRE, DENOMINACION, RAZON SOCIAL DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO
		NUMERO DE REGISTRO PATRONAL
CAUSA CAMBIO DE DOM. O CIRCUNSCRIPCION	C	ANOTE EL DOMICILIO ANTERIOR: EN CAMBIOS DE CIRCUNSCRIPCION PRESENTE EN LA NUEVA CIRCUNSCRIPCION LOS AVISOS CONFORME CAUSA "A" (EXCEPTO D.F.)
		CALLE NUMERO COLONIA O POBLACION ESTADO CIUDAD
		AV UNIVERSIDAD 1032 INT. 1 LA MOJONERA CUENAVACA MORELOS 62137
CAUSA CAMBIO NOMBRE O RAZON	D	ANOTE EL NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL ANTERIOR
CAUSA SUSTITUCION PATRONAL	E	ANOTE NOMBRE Y NUMERO DEL REGISTRO DEL PATRON SUSTITUIDO (SOLICITE INFORMACION ADICIONAL)
		NOMBRE, DENOMINACION, RAZON SOCIAL DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO
		NUMERO DE REGISTRO PATRONAL
		C.V.
CAUSA DUPLICIDAD	F	ANOTE LOS NUMEROS DE REGISTRO PATRONAL APLICADOS Y SOLICITE INFORMACION ADICIONAL
		REGISTRO 1 C.V. REGISTRO 2 C.V.
CAUSA BAJA	G	ANOTE EL MOTIVO DE LA BAJA
		NOTA: EN CASO DE QUE LA BAJA CORRESPONDA A UNO DE LOS CENTROS DE TRABAJO O FILIALES DE UNA EMPRESA CONTROLADOS POR UN MISMO REGISTRO PATRONAL, PRESENTE UNICAMENTE LOS AVISOS DE BAJA DE LOS TRABAJADORES ADSCRITOS A ESE CENTRO O FILIAL.
CAUSA HUELGA	H	LAS EMPRESAS EN ESTADO DE HUELGA NO PRESENTAN AVISOS DE BAJA. SOLO DEBEN INFORMAR LOS NOMBRES Y NUMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES QUE NO ESTEN EN HUELGA

NOTA:

- PARA LAS CAUSAS A, B, D, Y E ADJUNTE COPIA DEL ACTA CONSTITUTIVA DE LA EMPRESA, DEBIDAMENTE PROTOCOLIZADA Y COPIA DEL REGISTRO DE LA S.H.C.P. U OTRA DEPENDENCIA QUE AUTORICE EL EJERCICIO, ADEMAS DE LA FORMA "HOJA DE INSCRIPCION DE LAS EMPRESAS EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO" (ESTA ULTIMA EXCEPTO EN CAUSA "D").
- PARA LA CAUSA "C" ADJUNTE COPIA DEL AVISO DE CAMBIO DE DOMICILIO (S.H.C.R.)

**Aviso de modificación de las empresas para el
Seguro de Riesgos de Trabajo**

Este formato consta de 8 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección VIII

(*) Datos opcionales

1. Fecha de presentación de este aviso	DD	MM	AAAA	2. Fecha a partir de la cual se realizó la modificación	DD	MM	AAAA
	29	06	2012		01	06	2012

I. Datos generales del patrón o sujeto obligado

I.1. Persona moral <input checked="" type="checkbox"/>							
3. Denominación o razón social ALTA TECNOLOGIA EN INGENIERIA DE PAVIMENTOS Y SEGURIDAD VIAL, S.A. DE C.V.							
I.2. Persona física <input type="checkbox"/>							
4. Apellido paterno	5. Apellido materno		6. Nombre (s)		7. CURP		
I.3. Datos del registro patronal y de la clasificación actual de la empresa							
8. Registro patronal	D 1 5 5 0 9 5 0 1 0 2		9. RFC	A T I - 1 0 0 6 0 8 - 7 1 A			
10. División	8	11. Grupo	8 A	12. Fracción	8 4 0 1	13. Clase	1
						14. Prima SRT	0.54355

I.4 Tipo de modificación que origina este aviso

Reanudación de actividades	<input type="checkbox"/>	Si han pasado 6 meses o más, desde la fecha en que suspendió actividades y la presentación de este aviso, requisiite los datos de la baja y las secciones III, IV y VII.
Cambio de domicilio	<input checked="" type="checkbox"/>	Requisiite los datos de la baja y las secciones II, III, IV y VII.
Datos de la baja		
15. Delegación		16. Subdelegación
17. Fecha de la baja		
Cambio de actividad económica	<input type="checkbox"/>	Requisiite las secciones III, IV y VII.
Incorporación de actividades	<input type="checkbox"/>	
Escisión (empresa escidente)	<input type="checkbox"/>	
Sustitución patronal	<input type="checkbox"/>	Requisiite las secciones III, IV, V y VII.
Fusión	<input type="checkbox"/>	
Compra de activos	<input type="checkbox"/>	Requisiite las secciones III, IV, VI y VII.
Comodato	<input type="checkbox"/>	
Enajenación	<input type="checkbox"/>	
Arrendamiento	<input type="checkbox"/>	
Fideicomiso traslativo	<input type="checkbox"/>	

II. Cambio de domicilio

II.1 Domicilio actual del centro de trabajo					
18. Calle:	TERRANOVA	19. Número y/o letra exterior:	107	20. Número y/o letra interior:	CASA 3
21. Entre la calle:	MANITOBA	22. y la calle:	ONTARIO		
23. Colonia:	BELLO HORIZONTE	24. Localidad:	CUERNAVACA		
25. Municipio o delegación:	CUERNAVACA	26. Entidad federativa:	MORELOS	27. Código postal	6 2 3 4 0
28. Teléfono fijo:	01 7 7 7 3 1 5 2 6 3 8	29. Teléfono fijo (*):			
30. Dirección de correo electrónico (*): fmorf16@prodigy.net.mx					

**III. Clasificación de la actividad económica en el Seguro de Riesgos de Trabajo que manifiesta el patrón, de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso**

31. Especificar su giro

OTROS SERVICIOS PROFESIONALES CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS

32. Presta servicios de personal

Sí ☐No ☒**III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización**

De conformidad con la información que se declara y con fundamento en los artículos 72, 73 y 75 de la Ley del Seguro Social y los artículos 1 fracción IV, 3, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30 y 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, manifiesto que este registro patronal tiene la siguiente clasificación:

Clasificación	Clave	Descripción
33. División	8	SERVICIOS PARA EMPRESAS, PERSONAS Y EL HOGAR.
34. Grupo	84	SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS
35. Fracción	8401	SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS
36. Clase	1	37. Prima SRT 0.54355

IV. Datos de la actividad económica que declara**IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados**

SERVICIOS PROFESIONALES DE INGENIERIA CIVIL.

IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados

COMPUTADORAS

PLUMAS

CALCULADORAS.

IV.3. Maquinaria y equipo utilizado [excepto equipo de transporte]

Número de Unidades	Nombre	Uso	No motorizados/Motorizados no automatizados/Automatizados/Otros	Capacidad o Potencia
2	COMPUTADORAS	OFICINA		
1	COPIADORA	COPIAS.		
1	IMPRESORA	IMPRIMIR.		

IV.4. Cuenta con equipo de transporteSí ☒ Pase al punto IV.5.No ☐ Pase al punto IV.6 y continúe.**IV.5. Equipo de transporte utilizado**

Número de Unidades	Nombre	Uso	Combustible o energía	Capacidad o Potencia
1	MAZDA CX7	UTILITARIO	GASOLINA	500 KG.



IV.6. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado

Procesos Iniciales (Descripción)

RECABAR INFORMACION DE CAMPO

Procesos Intermedios (Descripción)

PROCESAR INFORMACION EN SISTEMAS COMPUTACIONALES

Procesos Finales (Descripción)

IMPRESIONES Y ENTREGA DE INFORMACION AL CLIENTE

IV.7. Personal

No. de Trabajadores	Oficio u ocupación	No. de Trabajadores	Oficio u ocupación
1	COORDINADOR		
1	CHOFER.		

IV.8. Actividades complementarias a la principal

38. Distribución o entrega de mercancías

- ☐ Con transporte propio
☐ Con transporte ajeno
☒ No distribuye, ni entrega

☐ 39. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros.

V. Datos de la empresa sustituida o fusionada

V.1. Persona moral ☐

40. Denominación o razón social

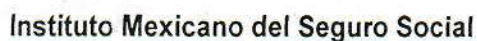
V.2. Persona física ☐

41. Apellido paterno

42. Apellido materno

43. Nombre (s)

44. CURP



V.3. Datos del registro patronal y clasificación de la empresa sustituida o fusionada																													
45. Registro patronal										46. RFC																			
47. División					48. Grupo					49. Fracción										50. Clase					51. Prima				

VI. Datos de los bienes muebles o inmuebles objeto de la compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo

VI.1. Cantidad y descripción de los bienes

[illegible]

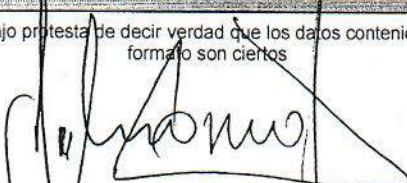
VI.2. Uso que se le daba o dará a los bienes

[illegible]

VI.3. Afectación directa o indirecta al desarrollo de la actividad económica

[illegible]

VII. Firma del patrón y acuse de recibo

VII.1. Firma del patrón o de su representante legal	Acuse de recibo (Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)	
<p>Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos</p>  <p>FRANCISCO JAVIER MORENO FIERROS</p> <p>Nombre y firma del patrón o de su representante legal</p> <p>En su caso, firma electrónica, conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social</p>	<p>Delegación:</p> <hr/> <p>Subdelegación:</p> <hr/> <p>Matrícula del empleado que recibe el formato:</p> <hr/>	<div style="text-align: right;"> <p>29 PM 2 31</p> </div>

Conforme a lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, es obligación del patrón comunicar al Instituto, en un plazo no mayor a cinco días hábiles, cualquier circunstancia que modifique los datos proporcionados al Instituto incluyendo aquéllos que modifiquen la actividad.

Cuernavaca, Mor. A 29 de Junio del 2012

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL MORELOS
MANUEL ABE ALMADA
TITULAR DE LA SUBDELEGACION CUERNAVACA
P R E S E N T E

El (a) que suscribe C. FRANCISCO JAVIER MORENO FIERROS, representante legal de la empresa ALTA TECNOLOGIA EN INGENIERIA DE PAVIMENTOS Y SEGURIDAD VIAL, S.A. DE C.V. con registro patronal D15 50950 10 2, con NUEVO Domicilio para oír y recibir toda clase de notificaciones en TERRANOVA 107-3 COL. BELLO HORIZONTE, CUERNAVACA, MORELOS, C.P.62340. TELEFONO 777 3152638

Por medio de la presente conforme a los art. 18, 18-A y 19 del Código Fiscal de la Federación y conforme al art. 14, 15 Y 16 del reglamento de la Ley del Seguro Social solicito la reposición de mi tarjeta patronal por motivo de CAMBIO DE DOMICILIO, lo cual se indica para los efectos a que haya lugar.

Asimismo autorizo a la C. JUANA OLEA CASTRO, para presentar avisos y movimientos afiliatorios ante este Instituto.

Sin mas por el momento agradezco su atención

ATENTAMENTE

FRANCISCO JAVIER MORENO FIERROS

JUN 29 PM 2:32

