

Instituto Mexicano del Seguro Social

Tarjeta de Identificación Patronal (TIP)

Homoclave del formato

TIP

Fecha de solicitud del trámite

22 / 07 / 2021

DD

MM

AAAA

Datos generales del patrón o sujeto obligado

Número de Registro Patronal: **B11 11401 10 0**

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

CONSORCIO DE INGENIEROS SA DE CVDivisión: **8** Grupo: **84**Fracción: **8401** Clase: **I**Delegación: **NORTE**Subdelegación: **3 POLANCO**Lugar de expedición: **CIUDAD DE MEXICO** Fecha de expedición: **22 / 07 / 2021**
DD MM AAAVigencia hasta: **21 / 07 / 2023****JUAN CARLOS SALGADO MENDEZ**

Nombre y firma del patrón o representante legal

Domicilio del patrón o sujeto obligado

Codigo postal: **11700**Calle: **BOSQUES DE DURAZNOS**

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

Número exterior: **69**Número interior: **OFNA 1107**Colonia: **BOSQUES**

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

*Localidad:

MIGUEL HIDALGOMunicipio o Alcaldía: **MIGUEL HIDALGO**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 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:

- ☐ 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.-

Nombre y firma

2.-

Nombre y firma

3.-

Nombre y firma

Usuario: **GERARDO JIMENEZ HERRERA**Matricula: **98355897**Folio: **01204**

ING. EDER EDUARDO ANDRES ROSALES SÁNCHEZ
 Jefe 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>

MÉXICO



COT-MER

