

Aviso de Inscripción del Trabajador (AFIL-02)

Fecha de publicación del formato en el DOF		UMF		Fecha de solicitud del trámite	
10 / 11 / 2015 DD MM AAAA				01 / 10 / 2022 DD MM AAAA	
				(*) Datos Opcionales	
Datos generales del trabajador					
Número de Seguridad Social: 03170319614					
CURP: AAHE030304HVZRRMB4					
*RFC: AAHE030304LUA					
Nombre(s): Emmanuel Sin abreviaturas					
Primer apellido: Arán Sin abreviaturas					
Segundo apellido: Hernandez Sin abreviaturas					
Sexo: <input checked="" type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer					
Fecha de nacimiento: 04 / 03 / 2003 DD MM AAAA					
Lugar de nacimiento: (Estado) Veracruz		Ocupación del trabajador: Gerente de Logística			
En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario:					
Salario base de cotización: \$ 960.19					
Tipo de contratación: <input checked="" type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input type="radio"/> 3 Eventual Construcción					
Tipo de Salario: <input checked="" type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto					
Fecha de ingreso al trabajo: 01 / 10 / 2022 DD MM AAAA					
Nombre del padre (aún finado): Ricardo Arán Olvera					
Nombre de la madre (aún finada): Flor Hernandez Castillo					
Domicilio del trabajador					
Código postal: 92495					
Calle: Principal Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.					
Número exterior: s/n		Número interior: s/n			
Colonia: Arenal Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.					
*Localidad: Saladero					
Municipio o Alcaldía: Tamalín					
Estado: Veracruz					

Datos del patrón	
Número de Registro Patronal: F014103910	
CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física): MOJA030217MTSRMBA0	
RFC: MOJA030217LH3	
Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado: Parque Acuatico de Diversiones Xicotlantis En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
Ubicación del centro de trabajo	
Código postal: 89349	
Calle: José Antonio Torres Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.	
Número exterior: s/n	Número interior: s/n
Colonia: Insurgentes Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.	
*Localidad: Puertas Coloradas	
Municipio o Alcaldía: Tampico	
Estado: Tamaulipas	
Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo)	
Firma o huella del trabajador	
Exclusivo del IMSS	
Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:	
Extemporáneo: <input type="radio"/> 1	Clave de argumento:
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 aclaración.	

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

GOBIERNO DE
MÉXICO

Contacto:

Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Importante para el patrón

- Para la integración del salario considere los artículos 27, 28, 29, 30 y 32 de la Ley del Seguro Social y 29 de la Ley del INFONAVIT.

Importante para el trabajador

A partir de esta fecha, ha quedado usted inscrito con derecho a recibir las prestaciones de las Leyes del Seguro Social e INFONAVIT, una vez reunidas las condiciones establecidas en ellas.

Recuerde que el Número de Seguridad Social que se le ha asignado es único e intransferible y deberá proporcionarlo cada vez que solicite algún trámite ante los Institutos o ante la AFORE de su elección.

Para la obtención del servicio médico, deberá usted acudir a la Unidad de Medicina Familiar que aparece anotada en este aviso para que le sea entregada su Cartilla Nacional de Salud.

Para el registro de sus beneficiarios legales deberá cumplir con los requisitos que establece la Ley del Seguro Social, además de presentar los siguientes documentos:

- Esposa(o):
 - Concubinario(rio): (con hijos procreados)
(sin hijos procreados)
 - Hijos: (hasta los 16 años)
(de 16 a 25 años)
 - Padres:
- Copia certificada del acta de matrimonio civil.
 - Copia certificada del acta de nacimiento de cada uno de los hijos.
 - Comprobación de convivencia y dependencia económica del asegurado, mínimo 5 años.
 - Copia certificada del acta de nacimiento
 - Copia certificada del acta de nacimiento y comprobante de la escuela del sistema educativo nacional, donde realiza estudios, que indique inicio y término del ciclo escolar.
 - Copia certificada del acta de nacimiento del asegurado y comprobación de convivencia y dependencia económica con el asegurado.

Para todo trámite y solicitud de prestaciones debe presentar la Cartilla Nacional de Salud.

Importante:

Cualquier cambio de domicilio comuníquelo al IMSS a través de la unidad de medicina familiar de su adscripción o a través del portal www.imss.gob.mx

Revise que su salario este correctamente anotado, ya que es la base para otorgarle los beneficios que establecen las Leyes del Seguro Social y del INFONAVIT.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- ☐ IMSS-02-001-A
- ☐ IMSS-02-001-B
- ☐ IMSS-02-001-C
- ☐ IMSS-02-001-D
- ☐ IMSS-02-001-E
- ☐ IMSS-02-001-F
- ☐ IMSS-02-001-G
- ☐ IMSS-02-009
- ☐ IMSS-02-038-A
- ☐ IMSS-02-007

Homoclave del formato

AFIL-02

Se presenta por triplicado**Contacto:**