



## 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		Datos del patrón			
Número de Seguridad Social: 58180331108		Número de Registro Patronal: F014103910			
CURP: PUMG030117HTSGRDA9		CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física): MOJA030217MTSRMBA0			
*RFC: PUMG030117JKL		RFC: MOJA030217LH3			
Nombre(s): Jose Guadalupe <small>Sin abreviaturas</small>		Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado: <b>Parque Acuatico de Diversiones Xicotlantis</b>			
Primer apellido: Puga <small>Sin abreviaturas</small>		En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
Segundo apellido: Martínez <small>Sin abreviaturas</small>		Ubicación del centro de trabajo			
Sexo: <input checked="" type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer		Código postal: 89349			
Fecha de nacimiento: 17 / 01 / 2003 DD MM AAAA		Calle: José Antonio Torres			
Lugar de nacimiento: (Estado) Tamaulipas		Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.			
Ocupación del trabajador:		Número exterior: s/n Número interior: s/n			
En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario:		Colonia: Insurgentes			
Salario base de cotización: \$961.19		Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.			
Tipo de contratación: <input checked="" type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input type="radio"/> 3 Eventual Construcción		*Localidad: Puertas Coloradas			
Tipo de Salario: <input checked="" type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto		Municipio o Alcaldía: Tampico			
Fecha de ingreso al trabajo: 01 / 10 / 2022 DD MM AAAA		Estado: Tamaulipas			
Nombre del padre (aún finado): José Luis Puga		 Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo)			
Nombre de la madre (aún finada): Irene Martinez					
Domicilio del trabajador		 Firma o huella del trabajador			
Código postal: 89450		Exclusivo del IMSS			
Calle: Jalisco <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>		Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:			
Número exterior: 1408 Número interior: s/n		Extemporáneo: <input type="radio"/> 1 Clave de argumento:			
Colonia: Primero de mayo <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>		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.			
*Localidad: Primero de mayo					
Municipio o Alcaldía: Cd. Madero					
Estado: Tamaulipas					

\*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](http://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:**