

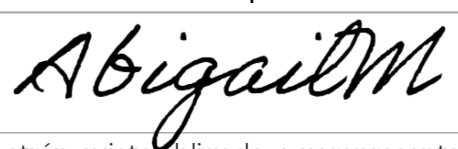

Aviso de Inscripción del Trabajador (AFIL-02)

Fecha de publicación del formato en el DOF		
10	/	11 / 2015
DD		MM AAAA

Datos generales del trabajador	
Número de Seguridad Social:	102820017
CURP:	VALM030904HTSLNGA9
*RFC:	VALM0309048092
Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small>	Miguel Alejandro
Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	Valdez
Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	Luna
Sexo:	<input checked="" type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer
Fecha de nacimiento:	04 / 09 / 2003 <small>DD MM AAAA</small>
Lugar de nacimiento: (Estado)	Ocupación del trabajador: Gerente de servicios administrativos
Tamaulipas	
En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario:	
Salario base de cotización: \$	\$958.19
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 <small>DD MM AAAA</small>
Nombre del padre (aún finado):	Melchor Valdez Mendoza
Nombre de la madre (aún finada):	Leticia Luna Loera
Domicilio del trabajador	
Código postal:	89510
Calle:	Tercera
<small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>	
Número exterior:	538
Número interior:	538
Colonia:	Lucio Blanco
<small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>	
*Localidad:	Cd. Madero
Municipio o Alcaldía:	Cd. Madero
Estado:	Tamaulipas

UMF	Fecha de solicitud del trámite
	01 / 10 / 2022
	DD MM AAAA

(*) Datos Opcionales

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	
<small>En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
Ubicación del centro de trabajo	
Código postal:	89349
Calle:	José Antonio Torres
<small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>	
Número exterior:	s/n
Número interior:	s/n
Colonia:	Insurgentes
<small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>	
*Localidad:	Puertas Coloradas
Municipio o Alcaldía:	Tampico
Estado:	Tamaulipas
 Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal <small>(anotar cargo)</small>	
 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:	
<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.</small>	

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:**