

DOF: 03/03/2022

ACUERDO número ACDO.AS2.HCT.260122/12.P.DIR, dictado por el H. Consejo Técnico en sesión ordinaria de 26 de enero de 2022, por el cual se aprobaron los plazos máximos de resolución y vigencia, así como los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar a los trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, así como su Anexo Único.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBIERNO DE MÉXICO.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría del Honorable Consejo Técnico.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 26 de enero del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS2.HCT.260122/12.P.DIR, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 15, 15-A, 73, 75, 251, fracciones IV, VIII, X, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII de la Ley del Seguro Social; 84 de la Ley General de Mejora Regulatoria; 57 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 31, fracciones II y XX del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, por conducto de la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación, en términos del oficio 04 de fecha 21 de enero de 2022; así como del dictamen del Comité del mismo nombre del propio Órgano de Gobierno, emitido en reunión celebrada el día 19 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.-** Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia, así como los datos y los documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar a los trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, los cuales se describen en el Anexo Único del presente Acuerdo. **Segundo.-** Aprobar los formatos Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio' y Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio', los cuales se acompañan al presente Acuerdo. **Tercero.-** Aprobar que los trámites referidos puedan gestionarse de manera electrónica, siempre que el Instituto ponga a disposición de los interesados las herramientas tecnológicas necesarias para realizarlos por dicha vía y una vez que los trámites cumplan con los medios de identificación y autenticación que el Instituto señale en las reglas de carácter general que expedirá para tal efecto, en términos del artículo 69-C de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. **Cuarto.-** Dejar sin efecto los siguientes trámites previsto en el Acuerdo ACDO.SA1.HCT.230713/202.P.DIR y sus anexos, dictado por el H. Consejo Técnico en la sesión ordinaria celebrada el 23 de julio de 2013: (i) Solicitud de Inscripción en la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio; (ii) Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social (Trabajador doméstico; Patrón persona física con trabajadores asegurados a su servicio; Trabajadores no asalariados del ámbito urbano, y Trabajadores no asalariados del campo); (iii) Incorporación al Seguro de Salud para la Familia. **Quinto.-** Autorizar a la Dirección General, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, para que, en caso de considerarlo conveniente en el futuro, modifique los términos señalados para la presentación y resolución de los trámites que se señalan el Anexo Único de este Acuerdo, mediante acuerdos generales publicados en el Diario Oficial de la Federación, siempre que dichas modificaciones versen sobre la simplificación o fusión de los formatos correspondientes; el establecimiento de plazos de respuesta menores; exenciones a presentar los datos de información y documentos especificados, cuando el Instituto pueda obtenerlos por otra vía, o cualquier otra modificación que implique una carga administrativa menor para los particulares, en términos del artículo 84 de la Ley General de Mejora Regulatoria. **Sexto.-** Instruir a la persona Titular de la Dirección de Incorporación y Recaudación para que, por conducto de la persona Titular de la Unidad de Incorporación al Seguro Social, resuelva las dudas o formule las aclaraciones que las unidades administrativas del Instituto presenten o soliciten con motivo de la aplicación del presente Acuerdo. **Séptimo.-** Instruir a la Dirección Jurídica para que, previa resolución de la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, realice los trámites necesarios para la publicación del presente Acuerdo y su respectivo Anexo en el Diario Oficial de la Federación. **Octavo.-** El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. **Noveno.-** Solicitar a la Unidad de Integridad y Transparencia que, en términos del artículo 13 de la Ley General de Mejora Regulatoria, realice las acciones necesarias ante la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, para la actualización de la información inscrita en el Catálogo Nacional de Regulaciones, Trámites y Servicios respecto de los trámites que se señalan en el Anexo Único del presente Acuerdo".

Atentamente,
Ciudad de México, a 26 de enero de 2022.- Secretario General, Lic. **Marcos Bucio Mújica.-** Rúbrica.

ANEXO ÚNICO

NOMBRE DEL TRÁMITE 3.- Solicitud de inscripción en la continuación voluntaria en el régimen obligatorio
PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE 5 días hábiles.
PLAZO DE PREVENCIÓN 2 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.
VIGENCIA DEL TRÁMITE La inscripción termina por: <div><div>1.</div><div>Declaración expresa firmada por el asegurado.</div></div> <div><div>2.</div><div>Que el asegurado deje de pagar las cuotas durante dos meses.</div></div> <div><div>3.</div><div>Que el asegurado sea dado alta o haya reingresado al régimen obligatorio.</div></div>

DATOS**Datos generales del patrón o sujeto obligado**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Número de Seguridad Social.
3. Correo electrónico.

DOCUMENTOS

1. Identificación oficial vigente original y copia.
2. Escrito libre solicitando la inscripción en la continuación voluntaria en el régimen obligatorio, con firma autógrafa o huella digital. Original y Copia.
3. Comprobante de domicilio. Original y Copia.

NOMBRE DEL TRÁMITE

14. Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social

Patrón Persona Física con trabajadores asegurados a su servicio

PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE

1 día hábil.

PLAZO DE PREVENCIÓN

Inmediato.

VIGENCIA DEL TRÁMITE

1 año.

DATOS**Del Patrón Persona Física con trabajadores asegurados a su servicio:**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Número de Seguridad Social.
3. Correo electrónico
4. En su caso, datos para responder cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.

DOCUMENTOS**Del Patrón Persona Física con trabajadores asegurados a su servicio:**

1. Identificación oficial vigente. Original y Copia.
2. Comprobante de domicilio. Original y Copia.

Trabajadores no asalariados del ámbito urbano

PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE

1 día hábil.

PLAZO DE PREVENCIÓN

Inmediato.

VIGENCIA DEL TRÁMITE

1 año.

DATOS

Del trabajador no asalariado del ámbito urbano:

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Número de Seguridad Social.
3. Correo electrónico
4. En su caso, datos para responder cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.

DOCUMENTOS**Del trabajador no asalariado del ámbito urbano:**

1. Identificación oficial vigente. Original y Copia.
2. Comprobante de domicilio. Original y Copia.

Trabajadores no asalariados del campo**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

PLAZO DE PREVENCIÓN

Inmediato.

VIGENCIA DEL TRÁMITE

1 año.

DATOS**Del trabajador no asalariado del campo**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Número de Seguridad Social.
3. Correo electrónico.
4. En su caso, datos para responder cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique, original.

DOCUMENTOS**Del trabajador no asalariado del campo**

1. Identificación oficial vigente. Original y Copia.
2. Comprobante de domicilio. Original y Copia.

NOMBRE DEL TRÁMITE:

15.- Incorporación al Seguro de Salud para la Familia

PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE

1 día hábil.

PLAZO DE PREVENCIÓN

Inmediato.

VIGENCIA DEL TRÁMITE

1 año.

DATOS**Del Solicitante y de sus familiares a asegurar:**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP), por cada integrante del grupo familiar.
2. Número de Seguridad Social, por cada integrante del grupo familiar.
3. Correo electrónico.
4. Responder el cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, **cuando aplique**.

DOCUMENTOS**Del Solicitante y de sus familiares a asegurar:**

1. Identificación oficial vigente del titular del grupo familiar, original y copia.
2. Comprobante de domicilio del titular del grupo familiar, original y copia.

Tratándose de mexicanos que laboran en el extranjero que decidan ser inscritos por algún representante, además:

1. Carta poder simple que lo designe como representante, copia y original para su cotejo.
2. Identificación Oficial, copia y original para su cotejo.

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio

Homoclave del formato	Folio
ARP-PF	
Fecha de publicación del formato en el DOF	
DD / MM / AAAA	

Fecha de presentación de este aviso:	DD / MM / AAAA	Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento:	DD / MM / AAAA
--------------------------------------	----------------	--	----------------

Datos generales del patrón o sujeto obligado

Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre comercial:		
CURP:	RFC:	

Domicilio fiscal

Calle:	Número exterior:	Número interior:
<small>(Ejemplo: Av. de Insurgentes Sur, Boulevard Adolfo Camacho, Carretera, Comercio, etc.)</small>		
Entre que calles:	Calle posterior:	
Colonia:	Localidad:	
<small>(Ejemplo: Ampliación Juárez, Barrio del Hongo, Ciudad de México, San Andrés)</small>		
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:
Teléfono fijo (lada y número):	Teléfono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:		

Representante legal

Presenta poder:	SI <input type="checkbox"/>	
Nombre (s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada, número y ext.):	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:		





Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal

Domicilio

Calle:	Número exterior:	Número interior:
<small>(Ejemplo: Av. de Insurgentes Sur, Boulevard Adolfo Camacho, Carretera, Comercio, etc.)</small>		



Contacto:
 Paseo de la Reforma 425, P.B.
 C.P. 06002, México D.F., México
 C.P. 06000, C.F. 000
 Tel. 55 52 25 22
<http://www.gob.mx/contacto>

		
Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores		
Entre que calles:		Calle posterior:
Colonia: <small>(Presencia o ausencia, urban, rural, etc.)</small>		Localidad:
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:
Teléfono fijo (lada y número):		Teléfono fijo (lada y número):
Correo electrónico:		
Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)		
Persona autorizada 1		
Nombre (s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext.:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		
Persona autorizada 2		
Nombre (s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext.:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		
Persona autorizada 3		
Nombre (s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext.:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		
Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón		
Especificar su giro:		
Empresa de servicios especializados o de ejecución de obras especializadas: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si		
Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de		
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, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 29, 30 y 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de		
<div>    </div> <div> Contacto: Paseo de la Patria 476, P.B. C.P. 06000, México D.F. C.U. 06000, CEEV Tel. 5611026 ext. 21 http://www.imss.gob.mx/noticias </div>		

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Clasificación	Clave	Descripción		
División:				
Grupo:				
Fracción:				
Clase de riesgo:		Prima media del SRT:		

Datos de la actividad económica que declaró

Principales productos elaborados o servicios prestados

Principales materias primas y materiales utilizados

Maquinaria y equipo utilizado [excepto equipo de transporte]

Número de Unidades	Nombre	Uso	No motorizados/ Motorizados no autonomizados/ Autonomizados/	Capacidad o Potencia

Equipo de transporte utilizado

Número de Unidades	Nombre	Uso	Combustible o energía	Capacidad o Potencia



Contacto:
 Nueva de la Reforma 470, P.O.
 Col. Juárez, México, D.F.
 Tel. 06600, 0104.
 Tel. 033 623 25 28
 rla Vozes/tesa@telcel.net

Procesos iniciales (descripción):

Procesos finales (descripción):

[illegible]

☐ Con transporte propio


☐ Con transporte ajeno

☐ No distribuye, ni entrega

☐ Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros



Contacto:
 Párrafo de la Informa 416, 1.º B.
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
 C.P. 06600, CDMX
 Tel. 800 023 25 29
<http://www.ines.org.mx/contacto>

					
Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores					
Firma del patrón y acuse de recibo					
Firma del patrón o de su representante legal	(Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)				
Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos:	Registro patronal:				
Nombre y firma del patrón o de su representante legal En su caso, firma electrónica conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.	<table border="1"> <tr> <td>Delegación</td> <td rowspan="3"> 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. </td> </tr> <tr> <td>Subdelegación:</td> </tr> <tr> <td>Matrícula del empleado</td> </tr> </table>	Delegación	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.	Subdelegación:	Matrícula del empleado
Delegación	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.				
Subdelegación:					
Matrícula del empleado					
Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:					
<input type="radio"/> IMSS-02-001-A <input type="radio"/> IMSS-02-001-B <input type="radio"/> IMSS-02-001-F					

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio

Homoclave del formato	Folio
ARP-PM	
Fecha de publicación del formato en el DOF	
DD / MM / AAAA	

Fecha de presentación de este aviso:	DD / MM / AAAA	Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento:	DD / MM / AAAA
--------------------------------------	----------------	--	----------------

Datos generales del patrón o sujeto obligado

Denominación o razón social:			
Nombre comercial:			
Tipo de sociedad:		RFC:	

Domicilio fiscal

Calle:	Número exterior:	Número interior:
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Adolfo Camacho, Calles de Comercio, etc.)</small>		
Entre que calles:	Calle posterior:	
Colonia:	Localidad:	
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento Sector 1, etc.)</small>		
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:
Teléfono fijo (lada y número):	Teléfono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:		

Escritura constitutiva


Número de escritura:	Número de notaría o correduría:	Lugar y fecha de expedición:	DD / MM / AAAA
----------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------

Registro de sindicato

Número de referencia del documento de registro:	Fecha del documento de registro:	DD / MM / AAAA	Autoridad laboral que otorgó el registro:
---	----------------------------------	----------------	---

Representante legal

Presenta poder:	Si	<input type="checkbox"/>
Nombre (s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		

gob.mx			
Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores			
Socios (hasta 4)			
Socio 1			
Nombre(s) y/o denominación o razón social:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	
RFC:	CURP:		
Teléfono fijo(lada y número):	Ext.	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:			
Calle:	Número exterior:	Número interior:	
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Colón, Correo, etc.)</small>			
Colonia:	Localidad:		
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento Escorial, etc.)</small>			
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:	
Socio 2			
Nombre(s) y/o denominación o razón social:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	
RFC:	CURP:		
Teléfono fijo(lada y número):	Ext.	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:			
Calle:	Número exterior:	Número interior:	
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Colón, Correo, etc.)</small>			
Colonia:	Localidad:		
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento Escorial, etc.)</small>			
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:	
Socio 3			
Nombre(s) y/o denominación o razón social:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	
RFC:	CURP:		
Teléfono fijo(lada y número):	Ext.	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:			
Calle:	Número exterior:	Número interior:	
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Colón, Correo, etc.)</small>			
Colonia:	Localidad:		
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento Escorial, etc.)</small>			
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:	
Socio 4			
Nombre(s) y/o denominación o razón social:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	
RFC:	CURP:		
Teléfono fijo(lada y número):	Ext.	Teléfono móvil:	
Correo electrónico:			
Calle:	Número exterior:	Número interior:	
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Colón, Correo, etc.)</small>			
Colonia:	Localidad:		
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento Escorial, etc.)</small>			
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:	
			
Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500, CDMX Tel. 0800 623 22 55 http://www.imss.gob.mx/conamex			

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal

Domicilio

Calle:	Número exterior:	Número interior:
<small>[Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Felipe Carrillo Puerto, Colima, Colima, México.]</small>		
Entre que calles:	Calle posterior:	
Colonia:	Localidad:	
<small>[Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Jardín Primavera, Sección 16.]</small>		
Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Código postal:
Teléfono fijo (lada y número):	Teléfono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:		

Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)

Persona autorizada 1

Nombre (s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		

Persona autorizada 2

	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext:	
Correo electrónico:		

Persona autorizada 3

Nombre (s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RFC:	CURP:	
Teléfono fijo (lada y número):	Ext:	
Correo electrónico:		

Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón

Especificar su giro:
Empresa de servicios especializados o de ejecución de obras especializadas: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si



Contacto:
 Paseo de la Reforma 525, 15.
 Col. Juárez, México Ciudad de México
 C.P. 06500, México
 Tel. 011 52 55 23 23 25
<http://www.imss.gob.mx/contacto>

Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

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, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 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
División:		
Grupo:		
Fracción:		
Clase de riesgo:		Prima media del SRT:

Datos de la actividad económica que declaró

Principales productos elaborados o servicios prestados

Principales materias primas y materiales utilizados

Principales materiales primos y materiales auxiliares	

Maquinaria y equipos utilizados (excepto equipo de transporte)

Número de Unidades	Nombre	Uso	No motorizados / Motorizados no automatizados/ Automatizados / Otros	Capacidad o Potencia

Equipo de transporte utilizado

Número de Unidades	Nombre	Uso	Combustible o energía	Capacidad o Potencia



Contacto:
Phases de la Reducción 476, P.11
C/1. Jusep, Alcala de Calatrava
C. P. 08800, CIMA
Tel. 0034 935 23 23
E-mail: www.mecocib.mh.pn.pn

Procesos iniciales (descripción):

Procesos intermedios (descripción):

Procesos finales (descripción):

[illegible]

Distribución o entrega de mercancías :

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

- ☐ Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros



Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

Firma del patrón y acuse de recibo

Firma del patrón o de su representante legal		(Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)
Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos: <hr/> <p align="center">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>	Registro patronal:	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 aquellos que modifiquen la actividad.
	Delegación	
	Subdelegación:	
	Matricula del empleado que recibe el formato:	

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:
☐ IMSS-02-001-C
☐ IMSS-02-001-D
☐ IMSS-02-001-E
☐ IMSS 02 001-G