

DOF: 15/01/2024

**ACUERDO número ACDO.AS2.HCT.121223/340.P.DIR, así como su Anexo Único, dictado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en sesión ordinaria celebrada el 12 de diciembre de 2023, por el que se autoriza la simplificación y desregulación de trámites que la Dirección de Incorporación y Recaudación tiene registrados ante la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria.**

**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 12 de diciembre del presente año, dictó el Acuerdo **ACDO.AS2.HCT.121223/340.P.DIR**, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones IV, VIII, X, XIII y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, y 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 mediante oficio número 229 de fecha 07 de diciembre de 2023, así como del dictamen del Comité de Incorporación y Recaudación del propio Órgano de Gobierno, emitido en reunión ordinaria celebrada el día 11 del mismo mes y año, **Acuerda: Primero.-** Dejar sin efectos el Acuerdo número 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, por el que se autorizó la simplificación y desregulación de trámites que la Dirección de Incorporación y Recaudación tenía registrados ante la, entonces, Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de agosto de 2013. **Segundo.-** Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia, así como los datos y documentos específicos que deben proporcionarse para la realización de trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, descritos en el Anexo Único del presente Acuerdo. **Tercero.-** Aprobar la actualización de los trámites que han sido objeto de mejoras, descritos en el Anexo Único; incluyendo los que fueron simplificados mediante el 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 deben proporcionarse o adjuntarse en relación con los trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de marzo de 2022, siendo estos: **(i)** Solicitud de Inscripción en la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio; **(ii)** Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social (Patrón persona física con trabajadores asegurados a su servicio; Trabajadores no asalariados del ámbito urbano y Trabajadores no asalariados del campo), y **(iii)** Incorporación al Seguro de Salud para la Familia. **Cuarto.-** Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia, así como los datos y documentos específicos que deben proporcionarse en relación con el trámite denominado Personas Trabajadoras del Hogar, en observancia al DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, en materia de personas trabajadoras del hogar', publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de noviembre de 2022. **Quinto.-** Aprobar la incorporación de tres modalidades (para registro, actualización y baja) de persona en unión civil, en relación con el trámite Solicitud de registro y actualización de derechohabientes', en cumplimiento al DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado', publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de enero de 2023. **Sexto.-** Aprobar los formatos Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad' (CLEM-22) y Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados' (CLEM-22A), los cuales forman parte integral del Anexo Único, dejando sin efectos el Acuerdo número 482/2006, dictado por el H. Consejo Técnico, en sesión ordinaria celebrada el 30 de octubre de 2006, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2007. **Séptimo.-** Aprobar el formato Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo' (AM-SRT), mismo que forma parte integral del Anexo Único, dejando sin efectos el formato publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de noviembre de 2015, derivado del Acuerdo número 002/DIR, por el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, dio a conocer el diseño estandarizado de los formatos de trámites con motivo de la aplicación de la gráfica base prevista en el marco del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno' y de las Disposiciones Generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional', publicados en el Diario Oficial de la Federación, el 3 de febrero y el 4 de junio de 2015, respectivamente. **Octavo.-** Aprobar que los trámites referidos en el Anexo Único puedan gestionarse de manera digital, siempre que el Instituto ponga a disposición de las personas interesadas las herramientas tecnológicas necesarias para realizarlos de tal modo y éstos cumplan con los medios de identificación y autenticación que el Instituto señale. **Noveno.-** Autorizar a la Dirección General para que por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación, en caso de considerarlo conveniente, en materia de mejora continua, modifique los términos señalados para la presentación y resolución de los trámites que se indican en el Anexo Único mediante Acuerdos publicados en el Diario Oficial de la Federación, siempre que dichas modificaciones conciernan a la simplificación o fusión de los formatos correspondientes; el establecimiento de plazos de respuesta menores; exenciones a la presentación de datos y documentos especificados cuando el Instituto pueda obtenerlos por otra vía; o cualquier otra modificación que represente una carga administrativa menor para los particulares, en términos de lo previsto en el artículo 84 de la Ley General de Mejora Regulatoria. **Décimo.-** 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. **Décimo Primero.-** Solicitar a la Unidad de Integridad y Transparencia que, en términos de los artículos 13 y 47, 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. **Décimo Segundo.-** Instruir a la persona Titular de la Dirección Jurídica para que, previa resolución favorable de la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, realice los trámites necesarios ante las instancias competentes a efecto de que el presente Acuerdo y su Anexo Único se publiquen en el Diario Oficial de la Federación. **Décimo Tercero.-** El presente Acuerdo y su Anexo Único entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en dicho órgano de difusión."

Atentamente,

Ciudad de México, a 12 de diciembre de 2023.- Secretario General, Lic. **Marcos Bucio Mújica**.- Rúbrica.

#### ANEXO ÚNICO

Los plazos máximos de resolución y vigencia, así como los datos de información y documentos específicos que deben proporcionarse para presentar los trámites, son los que se señalan a continuación:

#### Trámites Afiliación

<b>NOMBRE DEL TRÁMITE</b>
1.- Alta Patronal e inscripción en el seguro de riesgos de trabajo o reanudación de actividades.
1.1 Para persona física, para persona física del campo.
<b>PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b>
El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.
<b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b>

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

#### **VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica, es un registro.

#### **DATOS**

1. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

#### **DOCUMENTOS**

##### **En línea con firma electrónica:**

1. Comprobante de domicilio del centro de trabajo. Original.

##### **En línea con CURP:**

No se requiere ningún tipo de documento.

##### **Presencial:**

1. Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del domicilio fiscal y/o Aviso de apertura de establecimiento. \* Original.
2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo. Original y 1 copia.
3. Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo. Original.
4. Identificación oficial vigente del patrón. Original y 1 copia.
5. Clave Única de Registro de Población (CURP). \* Original.
6. En caso de contar con representante legal, poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
7. Identificación oficial vigente del representante legal. Original y 1 copia.
8. Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del representante legal. \* Original.
9. Clave Única de Registro de Población (CURP) del representante legal. \* Original.
10. Solo en caso de patrón persona física del campo, además de los requisitos del 1 al 9 deberá presentar el Permiso Único de Siembra expedido por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), o escrito libre que contenga el periodo y tipo de cultivo, superficie o unidad de producción y estimación de jornadas a utilizar en cada periodo. Para los patrones con actividades ganaderas, deberán proporcionar la información sobre el tipo de ganado y número de cabezas que poseen. Original y 1 copia.
11. Solo en caso de reanudación de actividades; Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
12. Solo en caso de inscribir trabajadores, deberá presentar el formato Aviso de Inscripción del trabajador (AFIL-02). Original y 2 copias.

\* Se tomará como original la impresión en papel bond.

1.2 Para persona moral, persona moral del campo, persona moral sindicato.

#### **PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

#### **PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

#### **VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica, es un registro.

#### **DATOS**

1. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

#### **DOCUMENTOS**

##### **En línea con firma electrónica:**

1. Comprobante de domicilio del centro de trabajo. Original.
2. Primera y última hoja del poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original.
3. Primera y última hoja de la Escritura Pública o Acta Constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, así como, la hoja donde aparezca el nombre del representante legal. Original.

##### **Presencial:**

1. Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del domicilio fiscal y/o aviso de apertura de establecimiento. \*\* Original.
2. Comprobante del domicilio del centro de trabajo. Original y 1 copia.
3. Croquis de localización del domicilio del centro de trabajo. Original.

4. Escritura Pública o Acta Constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio. \* Original y 1 copia.
5. En caso de contar con representante legal, poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
6. Identificación oficial vigente del representante legal. Original y 1 copia.
7. Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del representante legal. \*\* Original.
8. Clave Única de Registro de Población (CURP) del representante legal. \*\* Original.
9. Solo en caso de patrón persona moral del campo, además de los puntos del 1 al 8 deberá presentar el Permiso Único de Siembra expedido por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), o escrito libre que contenga el periodo y tipo de cultivo, superficie o unidad de producción y estimación de jornadas a utilizar en cada periodo. Para los patrones con actividades ganaderas, deberán proporcionar la información sobre el tipo de ganado y número de cabezas que poseen. Original y 1 copia.
10. Solo en caso de patrón persona moral sindicato, además de los puntos del 1 al 8 deberá presentar en lugar de la Escritura Pública o Acta Constitutiva, la Resolución de registro emitida por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social en los casos de competencia federal y en el Centro Federal de Conciliación y Registro Laboral o las Juntas de Conciliación y Arbitraje en los de competencia local, según corresponda. Original y 1 copia.
11. Solo en caso de reanudación de actividades; Aviso de Modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
12. Solo en caso de inscribir trabajadores, deberá presentar el formato Aviso de Inscripción del trabajador (AFIL-02). Original y 2 copias.

\* Si la Escritura o Acta Constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la solicitud de registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).

Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español en copia y original para su cotejo.

\*\* Se tomará como original la impresión en papel bond.

#### **NOMBRE DEL TRÁMITE**

2.- Aviso de modificación al registro patronal.

2.1 Por cambio de nombre, denominación o razón social del registro patronal.

#### **PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

#### **PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

#### **VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

#### **DOCUMENTOS**

##### **Persona moral:**

1. Escritura Pública o Acta Constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio. \* Original y 1 copia.
2. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). \*\* Original.
3. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
4. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.

##### **Persona Física**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP) del patrón. \*\* Original.
2. Identificación oficial vigente. Original y 1 copia.
3. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). \*\* Original.
4. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
5. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.

\* Si la Escritura o Acta Constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la solicitud de registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).

Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español en copia y original para su cotejo.

\*\* Se tomará como original la impresión en papel bond.

2.2 Por cambio de domicilio.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS**

1. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea. \*

**DOCUMENTOS****En línea:**

1. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). \*

\* Solo aplica para los patrones de la Ciudad de México y dentro del mismo municipio del Estado de la República donde te encuentres, las 24 horas del día, los 365 días del año.

**Presencial:**

1. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.
2. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
3. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). \*\* Original.
4. Comprobante de domicilio del centro de trabajo. Original y 1 copia.
5. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.

\*\*Se tomará como original la impresión en papel bond.

2.3 Por sustitución patronal.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS****Presencial Persona moral:**

1. Escrito comunicando la sustitución patronal en el que se describa el detalle de la operación de la misma y se manifieste que las personas que aparecen en la Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) del patrón sustituido ya no están autorizadas para cualquier gestión en las unidades administrativas del Instituto, centrales y de operación administrativa desconcentrada o en los lugares que el Instituto habilite para los trámites materia del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Original y 1 copia.
2. Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del patrón sustituto y del sustituido. \*\* Original.
3. Escritura Pública o Acta Constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio del patrón sustituto y del sustituido. \* Original y 1 copia.
4. En caso de contar con representante legal, poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
5. Identificación oficial vigente del representante legal del patrón sustituto. Original y 1 copia.
6. Clave Única de Registro de Población (CURP) del representante legal del patrón sustituto. \*\* Original.
7. Convenio presentado ante la autoridad laboral competente que ratifique la sustitución patronal. Original y 1 copia.
8. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.
9. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
10. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) del patrón sustituto. Original y 1 copia.

\* Si la Escritura o Acta Constitutiva aún no cuenta con el número de registro (folio mercantil), se deberá presentar copia de la solicitud de registro ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o constancia del notario que acredite el trámite. Para comprobación del trámite ante el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, podrá exhibir el Folio Mercantil Electrónico, obtenido del programa SIGER (Sistema Integral de Gestión Registral).

Cuando se trate de personas morales constituidas en el extranjero y con establecimiento en territorio nacional, presentar el acta o documento constitutivo (estatutos sociales, certificado de inscripción u otro que aplique con la legislación en el país de residencia) debidamente certificado, legalizado o apostillado con la traducción autorizada al español en copia y original para su cotejo.

**Presencial Persona física**

1. Escrito comunicando la sustitución patronal en el que se describa el detalle de la operación de la misma y se manifieste que las personas que aparecen en la Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) del patrón sustituido ya no están autorizadas para cualquier gestión en las unidades administrativas del Instituto, centrales y de operación administrativa desconcentrada o en los lugares que el Instituto



habilite para los trámites materia del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Original y 1 copia.

2. Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del patrón sustituto y del sustituido. \*\* Original.
3. Identificación oficial vigente del patrón sustituto. Original y 1 copia.
4. Clave Única de Registro de Población (CURP) del patrón sustituto. \*\* Original.
5. En caso de contar con representante legal, poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
6. En caso de contar con representante legal, identificación oficial vigente. Original y 1 copia.
7. En caso de contar con representante legal, Clave Única de Registro de Población (CURP). \*\* Original.
8. En su caso, convenio presentado ante la autoridad laboral competente que ratifique la sustitución patronal. Original y 1 copia.
9. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.
10. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
11. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) del patrón sustituto. Original y 1 copia.

\*\* Se tomará como original la impresión en papel bond.

#### 2.4 Por fusión.

##### **PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

##### **PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

##### **VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

##### **DOCUMENTOS**

###### **Presencial:**

1. Escrito comunicando la fusión en el que se describa el detalle de la operación de la misma y se manifieste que las personas que aparecen en la Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) del patrón fusionado ya no están autorizadas para cualquier gestión en las unidades administrativas del Instituto, centrales y de operación administrativa desconcentrada o en los lugares que el Instituto habilite para los trámites materia del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Original y 1 copia.
2. Escritura Pública o Acta Constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio del patrón fusionante y del fusionado. Original y 1 copia.
3. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), comunicando la fusión. \* Original y 1 copia.
4. Testimonio notarial donde notifique la autorización de la fusión. Original y 1 copia.
5. En caso de contar con representante legal, poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
6. Identificación oficial vigente del representante legal del patrón fusionante. Original y 1 copia.
7. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.
8. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
9. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) del patrón fusionante. Original y 1 copia.

\* Se tomará como original la impresión en papel bond.

#### 2.5 Por escisión.

##### **PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

##### **PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

##### **VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

##### **DOCUMENTOS**

###### **Presencial:**

1. Escrito comunicando la escisión en el que se describa el detalle de la operación de la misma y en caso de que el patrón escidente se extinga, se debe manifestar en dicho escrito que las personas que

aparecen en la Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) ya no están autorizadas, para cualquier gestión en las unidades administrativas del Instituto, centrales y de operación administrativa desconcentrada o en los lugares que el Instituto habilite para los trámites materia del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Original y 1 copia.

2. Escritura Pública o Acta Constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio del patrón escindido y del escidente. Original y 1 copia.
3. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), comunicando la escisión. \* Original.
4. Testimonio notarial donde notifique la autorización de la escisión. Original y 1 copia.
5. En caso de contar con representante legal, poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
6. Identificación oficial vigente del representante legal del patrón escindido. Original y 1 copia.
7. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.
8. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
9. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) del patrón escindido. Original y 1 copia.

\* Se tomará como original la impresión en papel bond.

## 2.6 Por cambio de representante legal.

### PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

### PLAZO DE PREVENCIÓN

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

### VIGENCIA DEL TRÁMITE

No aplica.

### DATOS

1. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea. \*

\* Para el representante legal que se haya dado de alta con su e.firma, a través del escritorio virtual, como representante legal.

### DOCUMENTOS

#### En línea:

1. Primera y última hoja del poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS; así como, la hoja donde aparezca el nombre del representante legal.
2. Primera y última hoja de la Escritura Pública o Acta Constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, así como, la hoja donde aparezca el nombre del representante legal.

#### Presencial:

1. Escrito en el que se describa el detalle de la operación de la misma y se manifieste que las personas que aparecen en la Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) ya no están autorizadas para cualquier gestión en las unidades administrativas del Instituto, centrales y de operación administrativa desconcentrada o en los lugares que el Instituto habilite para los trámites materia del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Original y 1 copia.
2. Escritura Pública o Acta Constitutiva que contenga el sello del Registro Público de la Propiedad y del Comercio. Original y 1 copia.
3. Documento notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
4. Identificación oficial vigente del patrón o su representante legal. Original y 1 copia.

## 2.7 Por inicio de actividades de cultivo, forestales y ganaderas de los patrones del campo.

### PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

### PLAZO DE PREVENCIÓN

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

### VIGENCIA DEL TRÁMITE

No aplica.

### DOCUMENTOS

**Presencial:**

1. Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio (ARP-PF) o Aviso de Registro Patronal Personas Morales en el Régimen Obligatorio (ARP-PM). Original y 1 copia.
2. Registro Federal de Contribuyentes (RFC). \* Original.
3. Identificación oficial vigente. Original y 1 copia.
4. Croquis de ubicación. 1 copia.
5. Datos del solicitante o representante legal. Original y 1 copia.
6. Permiso único de siembra o escrito libre que contenga el periodo y tipo de cultivo, superficie o unidad de producción y estimación de jornadas a utilizar en cada periodo, y para los patronos con actividad ganadera, informar en escrito libre sobre el tipo de ganado y el número de cabezas que posee. Original y 1 copia para cotejo.
7. Poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.

\* Se tomará como original la impresión en papel bond.

## 2.8 Por clausura.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS****Presencial:**

1. Escrito comunicando la clausura y se manifieste que las personas que aparecen en la Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) ya no están autorizadas, para cualquier gestión en las unidades administrativas del Instituto, centrales y de operación administrativa desconcentrada o en los lugares que el Instituto habilite para los trámites materia del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Original y 1 copia.
2. Documento expedido por la autoridad competente que acredite la clausura. Original y 1 copia.
3. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.
4. Aviso de Baja del Trabajador (AFIL-04), solo en caso de contar con trabajadores vigentes. Original y 2 copias.

## 2.9 Por suspensión o término de actividades.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS****Presencial:**

1. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). \* Original.
2. Escrito comunicando la suspensión o término de actividades y se manifieste que las personas que aparecen en la Tarjeta de Identificación Patronal (TIP) ya no están autorizadas, para cualquier gestión en las unidades administrativas del Instituto, centrales y de operación administrativa desconcentrada o en los lugares que el Instituto habilite para los trámites materia del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Original y 1 copia.
3. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.
4. Aviso de Baja de Trabajador (AFIL-04), solo en caso de contar con trabajadores vigentes. Original y 2 copias.

\* Se tomará como original la impresión en papel bond

**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**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: 2 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 2 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La inscripción termina por:

1. Declaración expresa firmada por la asegurada/el asegurado.
2. Que la asegurada/el asegurado deje de pagar las cuotas durante dos meses.
3. Que la asegurada/el asegurado sea dada(o) de alta o haya reingresado al régimen obligatorio.

**DATOS en línea y presencial en Subdelegación:**

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

**DOCUMENTOS en Subdelegación**

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

**Nota:** El recibo de pago de la cuota obrero patronal se entregará una vez que se te informe que tu solicitud ha sido aprobada. Y contra pago se llevará a cabo el aseguramiento.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

4.- Solicitud de asignación o localización de número de seguridad social.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS en línea**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Correo electrónico.

**DOCUMENTOS****Presencial:**

1. Acta de Nacimiento. \* Original.
2. Identificación oficial vigente. Original.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP). \*\* Original.
4. En caso de autorizar que la solicitud la realice un tercero, deberá presentar además de los documentos antes señalados la identificación oficial vigente y carta poder simple. Original.

\* Para los casos en que el registro de nacimiento del interesado(a) haya sido por Autoridad Civil (DIF y PGR), deberá mencionarlo.

Si la persona interesada es extranjera y no cuenta con copia certificada de Acta de Nacimiento para su cotejo apostillada y en su caso acompañada de la traducción al español, podrá presentar documentación de identidad que lo acredite de acuerdo con su nacionalidad, en este caso podrá ser Carta de Naturalización y/o documento migratorio vigente que corresponda, emitido por autoridad competente (en su caso prórroga o refrendo migratorio) en original.

\*\* Se tomará como original la impresión en papel bond.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

5.- Aviso de movimientos afiliatorios de trabajadores.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS en línea**

1. Número Patronal de Identificación Electrónica (NPIE) y Certificado Digital.
2. Firma electrónica expedida por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).

**Nota:** Para el envío de los movimientos afiliatorios de tus trabajadores(as) los puedes realizar por:

- Captura de datos (Registro Patronal, tipo de movimiento, Número de Seguridad Social (NSS), dígito verificador del NSS, nombre completo del trabajador(a), Clave del trabajador(a), Clave Única de Registro de Población (CURP), Unidad de Medicina Familiar (UMF), salario diario integrado, tipo de trabajador(a), tipo de salario, tipo de jornada, fecha de movimiento),
- O carga de archivo con la estructura establecida (Estructura de Movimientos Afiliatorios) por el IMSS utilizando la aplicación DISPMAG (26Mb).

**DOCUMENTOS Presencial:**

1. Aviso de Baja del Trabajador (AFIL-04). Original y 2 copias.
2. Aviso de Inscripción del trabajador (AFIL-02). Original y 2 copias.
3. Aviso de Modificación de Salario del Trabajador (AFIL-03). Original y 2 copias.
4. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
5. Sistema de Acopio Interactivo de Información Afiliatoria (SAIIA-01). Original y 1 copia
6. Archivo con la estructura establecida por el IMSS y a través de la aplicación DISPMAG (26Mb).

**Nota:** Se recibirán los avisos impresos, únicamente si la presentación no excede de cinco avisos afiliatorios.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

6.- Aviso de estado de huelga.

6.1 Aviso de inicio de huelga.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

1. Escrito libre donde informe la fecha y características del inicio de huelga, anexando las constancias que así lo acrediten. Original y 1 copia.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.
4. Identificación oficial vigente del patrón, sujeto obligado o representante legal. Original y 1 copia.
5. \*En su caso, relación de asegurados(as) no considerados(as) en el estado de huelga. Original y 1 copia.

**Nota:** La relación de trabajadores(as), deberá contener el nombre completo del asegurado(a), Número de Seguridad Social, Clave Única de Registro de Población, Registro Patronal y nombre o razón social del patrón.

6.2 Aviso de término de huelga.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 10 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

1. Escrito libre donde informe la fecha de inicio de huelga, la fecha de término y las características del término de la huelga, anexar las constancias correspondientes emitidas por la autoridad laboral competente. Original y 1 copia.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Aviso de Inscripción Patronal o de Modificación en su Registro (AFIL-01). Original y 2 copias.
4. Identificación oficial vigente del patrón, sujeto obligado o representante legal. Original y 1 copia.
5. En su caso, Aviso de Baja del Trabajador (AFIL-04). Original y 2 copias.
6. En su caso, Aviso de Modificación de Salario del Trabajador (AFIL-03). Original y 2 copias.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

7.- Solicitud de corrección de datos del asegurado.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Tres días hábiles a partir de la recepción de la solicitud cuando se trate de una corrección de datos personales.

Quince días hábiles a partir de la recepción de la solicitud, si el trámite se trata de duplicidad, homonimia o invasión.

El tiempo puede resultar mayor cuando se tenga que llevar a cabo la corrección del Número de Seguridad Social y dependiendo de la complejidad de cada caso.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: 3 días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 1 día hábil siguiente a la presentación de la solicitud.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS en línea**

Es necesario tener a la mano:

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Correo electrónico.
3. Domicilio del asegurado.
4. Motivo de aclaración.
5. Datos de la historia laboral (deberá agregar a la solicitud al menos un patrón con el que haya laborado indicando el nombre del patrón, fecha de inscripción y baja, entidad federativa donde laboró, así como Número de Registro Patronal, Actividad y Domicilio de la empresa).
6. Número de Seguridad Social (NSS).
7. Teléfono fijo y celular.

#### DOCUMENTOS

##### En línea:

Ten digitalizados los siguientes documentos:

1. Acta de Nacimiento. Original.
2. Identificación oficial vigente. Original.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP). \* Original.
4. Documento expedido por el IMSS, Institución Pública, o Empresa que contenga el Número de Seguridad Social (NSS). 1 copia.

##### Presencial:

1. Acta de Nacimiento. Original.
2. Identificación oficial vigente. Original.
3. Clave Única de Registro de Población (CURP). \* Original.
4. Comprobante de domicilio. Original.
5. Documento expedido por el IMSS, Institución Pública, o Empresa que contenga el Número de Seguridad Social (NSS). Original y 1 copia.
6. Solicitud de regularización y/o corrección de datos personales del asegurado. Original.

\* Se tomará como original la impresión en papel bond.

**Nota:** En caso de autorizar que la solicitud la realice un tercero, deberá presentar además de los documentos antes señalados la identificación oficial vigente y carta poder simple; en caso de fallecimiento presentar Acta de Defunción del asegurado(a) en original y copia; si eres esposa o esposo, Acta de Matrimonio en original; si eres hijo(a) del asegurado(a), copia certificada del Acta de Nacimiento en original; si eres padre o madre del asegurado(a) solo deberás presentar tu identificación oficial vigente; y en caso de tratarse de concubina o concubinario, constancia testimonial con que acredite el concubinato expedida por la autoridad judicial competente en original.

#### NOMBRE DEL TRÁMITE

8.- Solicitud de baja por pensión para trabajadores de empresas en procedimiento de huelga.

#### PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE

2 días hábiles.

#### PLAZO DE PREVENCIÓN

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: 1 día hábil siguiente a la presentación de la solicitud.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 1 día hábil.

#### VIGENCIA DEL TRÁMITE

No aplica.

#### DOCUMENTOS

1. Aviso de Baja del Trabajador (AFIL-04). Original y 2 copias.
2. Escrito libre donde la persona trabajadora deberá asentar el registro patronal, la denominación o razón social del patrón, fecha de inicio de huelga, las condiciones en que se encuentra la misma y su Número de Seguridad Social (NSS). Original y 1 copia.

#### NOMBRE DEL TRÁMITE:

9.- Incorporación al Seguro de Salud para la Familia.

#### PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE

1 día hábil.

#### PLAZO DE PREVENCIÓN

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: Inmediato.

#### VIGENCIA DEL TRÁMITE

1 año.

#### DATOS

##### En línea:

Para realizar el trámite en línea deberás tener a la mano:

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

##### Presencial:

1. Clave Única de Registro de Población (CURP), por cada integrante del grupo familiar.

2. Número de Seguridad Social (NSS), por cada integrante del grupo familiar.
3. Correo electrónico.
4. En su caso, datos para responder el cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por la persona solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique. Original.

**DOCUMENTOS**

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

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

1. Carta poder simple que lo(a) designe como representante. Original y 1 copia para su cotejo.
2. Identificación oficial vigente. Original y 1 copia para su cotejo.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

10.- Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social.

10.1 Patrón Persona Física con trabajadores asegurados a su servicio.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 año.

**DATOS****En línea:**

Para realizar el trámite en línea deberás tener a la mano:

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

**Presencial en la Subdelegación:****DATOS**

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

**DOCUMENTOS**

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

**Nota:** Para su inscripción, el patrón persona física deberá contar con al menos un trabajador(a) vigente en el régimen obligatorio del seguro social.

10.2 Trabajadores no asalariados del ámbito urbano.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 año.

**DATOS****En línea:**

Para realizar el trámite en línea deberás tener a la mano:

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

**Presencial en la Subdelegación:****DATOS**

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Número de Seguridad Social (NSS).



3. Correo electrónico.
4. En su caso, datos para responder cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por la persona solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique. Original.

**DOCUMENTOS**

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

## 10.3 Trabajadores no asalariados del campo.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 año.

**DATOS****En línea:**

Para realizar el trámite en línea deberás tener a la mano:

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

**Presencial en la Subdelegación:****DATOS**

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

**DOCUMENTOS**

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

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

11.- Solicitud de aclaración de movimientos afiliatorios.

11.1 Aclaración o rectificación a los movimientos afiliatorios de alta, reingreso, o modificación de salario.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

5 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: 2 días hábiles.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 2 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Definitiva, una vez efectuada la aclaración.

**DOCUMENTOS****Presencial:**

1. Escrito libre. Original y 1 copia.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. En caso de alta o reingreso, Aviso de Inscripción del trabajador (AFIL-02), con los datos correctos. Original y 2 copias.
4. En caso de modificación de salario, Aviso de Modificación de Salario del Trabajador (AFIL-03), con los datos correctos. Original y 2 copias.
5. Constancia expedida por el IMSS del movimiento afiliatorio por aclarar. 1 copia.
6. Documentos que comprueben fehacientemente la aclaración o rectificación. Original y 1 copia.

11.2 Aclaración de la aportación a cubrir por el patrón o sujeto obligado cuando el trabajador preste sus servicios a varios patrones.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

5 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: 2 días hábiles.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 2 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Hasta en tanto no se modifiquen las condiciones de aseguramiento.

**DOCUMENTOS****Presencial:**

1. Escrito libre. Original y 1 copia.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Identificación oficial vigente. Original y 1 copia.

11.3 Aclaración de movimientos afiliatorios de baja.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

5 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud en la Subdelegación.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: 2 días hábiles.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 2 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Definitiva, una vez efectuada la aclaración.

**DOCUMENTOS**

1. Escrito libre. Original y 1 copia.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Aviso de baja del trabajador o asegurado (AFIL-04). Original y 2 copias.
4. En su caso, constancia expedida por el IMSS del movimiento afiliatorio por aclarar. 1 copia.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

12.- Asignación de número patronal de identificación electrónica (NPIE) y certificado digital.

12.1 Solicitud de certificado digital.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

2 años.

**DOCUMENTOS****Presencial:**

**Inicia el trámite en línea y conclúyelo de manera presencial.**

1. Impresión de la Carta de Términos y Condiciones para la Obtención y Uso del Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital, firmada autógrafamente. Original y 1 copia.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Identificación oficial vigente. Original y 1 copia.
4. En su caso, poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.

**Nota:** Este trámite se inicia en la página del IMSS y se concluye en la Subdelegación que corresponda su registro patronal.

12.2 Solicitud de certificado digital adicional asociado a su certificado digital.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

10 días hábiles.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: 3 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: 3 días hábiles siguientes a la presentación del aviso.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

2 años.

**DOCUMENTOS****En línea:**

No se requiere ningún tipo de documento. Sin embargo, debes tener a la mano tu certificado digital vigente (archivo con extensión .pfx), clave de usuario y contraseña.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

13.- Cancelación de número patronal de identificación electrónica (NPIE) y certificado digital.

13.1 Vía internet.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: Inmediato

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

**En línea:**

No se requiere ningún tipo de documento.

Sin embargo, debes tener a la mano tu certificado digital vigente (archivo con extensión .pfx), clave de usuario (NPIE: Número Patronal de Identificación Electrónica) y contraseña.

13.2 Presencial.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: Inmediato

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente del patrón o representante legal. Original y 1 copia.
2. Carta de Cancelación Presencial. Original y 1 copia.
3. Documento notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.

13.3 Certificado digital adicional vía internet.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: No aplica.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

**En línea:**

No se requiere ningún tipo de documento, sin embargo, debes tener a la mano tu certificado digital vigente (archivo con extensión .pfx), clave de usuario (NPIE: Número Patronal de Identificación Electrónica) y contraseña.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

14.- Modificaciones al esquema de control de matriz y sucursales.

14.1 Adhesión.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: No aplica.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

**En línea:**

No se requiere ningún tipo de documento, sin embargo, debes tener a la mano tu certificado digital vigente (archivo con extensión .pfx), clave de usuario (NPIE: Número Patronal de Identificación Electrónica) y contraseña.

14.2 Cambio de permisos a sucursales.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: No aplica.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

**En línea:**

No se requiere ningún tipo de documento, sin embargo, debes tener a la mano tu certificado digital vigente (archivo con extensión .pfx), clave de usuario (NPIE: Número Patronal de Identificación Electrónica) y

contraseña.

14.3 Disociación.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: No aplica.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

**En línea:**

No se requiere ningún tipo de documento, sin embargo, debes tener a la mano tu certificado digital vigente (archivo con extensión .pfx), clave de usuario (NPIE: Número Patronal de Identificación Electrónica) y contraseña.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

15.- Solicitud de adhesión al decreto por el que se otorgan beneficios fiscales a los patrones y trabajadores eventuales del campo.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

1 día hábil.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

Escrito libre de solicitud. Original y 1 copia.

**Nota:** El Instituto de manera inmediata, informará por escrito al patrón del campo sobre la procedencia de su solicitud.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

16.- Aviso mensual sobre el uso del formato de autorización provisional para atención médica para trabajadores eventuales del campo.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

1 día hábil.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

1 día hábil.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

Escrito libre de solicitud. Original y 1 copia.

**Nota:** El trámite aplica cuando el patrón del campo haya optado por presentar los movimientos afiliatorios a través de la Libreta Electrónica o relación de trabajadores eventuales del campo en archivo de Excel o en papel.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

17.- Gestión del Registro Patronal Único

17.1 Asignación del Registro Patronal Único.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

10 días hábiles.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: 3 días hábiles.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: No aplica.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS**

**En línea:**

No se requiere ningún tipo de documento, sin embargo, debes tener a la mano tu certificado digital vigente (archivo con extensión .pfx), clave de usuario (NPIE: Número Patronal de Identificación Electrónica) y contraseña.

Números de registro patronal para adherir al Registro Patronal Único (RPU).

17.2 Cancelación del Registro Patronal Único.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: No aplica.

#### VIGENCIA DEL TRÁMITE

No aplica.

#### DOCUMENTOS

##### En línea:

No se requiere ningún tipo de documento, sin embargo, debes tener a la mano tu certificado digital vigente (archivo con extensión .pfx), clave de usuario (NPIE: Número Patronal de Identificación Electrónica) y contraseña.

Registro Patronal Único (RPU) a cancelar.

#### NOMBRE DEL TRÁMITE

18.- Personas Trabajadoras del Hogar

#### PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE

Inmediato.

#### PLAZO DE PREVENCIÓN

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Inmediato.

Plazo que tiene el usuario(a) para responder la prevención: Inmediato.

#### VIGENCIA DEL TRÁMITE

La inscripción de las personas trabajadoras del hogar termina:

- Cuando concluya la relación laboral que le dio origen,
- Por la falta del entero de las cuotas obrero patronales,
- Al término de los periodos cubiertos por adelantado o por simulación de la relación laboral.

Esta última con independencia de las sanciones que correspondan. La persona empleadora de las personas trabajadoras del hogar deberá presentar el aviso de baja en los medios que el Instituto disponga para tal efecto.

#### DATOS

##### En línea y presencial:

##### a. Datos de la persona empleadora:

1. Clave Única de Registro de Población (CURP).
2. Correo electrónico.
3. Datos de contacto.
4. Domicilio.

##### b. Datos de la persona trabajadora del hogar:

1. Número de Seguridad Social (NSS).
2. Clave Única de Registro de Población (CURP).
3. Correo electrónico.
4. Domicilio.
5. Cotización por mes completo o por día.
6. Salario mensual o diario.

#### DOCUMENTOS

##### En línea y presencial:

No se requiere ningún tipo de documento, sin embargo, debes tener a la mano los datos solicitados.

### Trámites Clasificación de Empresas y Vigencia de Derechos

#### NOMBRE DEL TRÁMITE

19.- Solicitud de constancia de vigencia de derechos para recibir servicios médicos.

#### PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE

Inmediato.

#### PLAZO DE PREVENCIÓN

Inmediato.

#### VIGENCIA DEL TRÁMITE

Un día. La vigencia durará el día de su emisión.

#### DATOS

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. Correo electrónico. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

#### DOCUMENTO Presencial

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original.

#### NOMBRE DEL TRÁMITE

20.- Solicitud de constancia de semanas cotizadas en el IMSS.

20.1 Constancia de semanas cotizadas.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Hasta en tanto se emita una nueva constancia.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. Correo electrónico. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTO Presencial**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original.

20.2 Constancia de semanas cotizadas IMSS-ISSSTE.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

30 días hábiles.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Hasta en tanto se emita una nueva constancia.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. Correo electrónico. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original.
2. Documento de Elección del ISSSTE. 1 copia.

20.3 Constancia de aclaración de semanas cotizadas.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

30 días hábiles.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

Hasta en tanto se emita una nueva constancia.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. Correo electrónico. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original.
2. Avisos Afiliatorios que comprueben su registro en el IMSS (opcional). Original.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

21.- Solicitud de registro y actualización de derechohabientes.

21.1 Para registro de esposa(o).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.

2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.
3. Copia certificada del Acta de Matrimonio entre el asegurado(a) o pensionado(a) y la beneficiaria(o) a registrar. Original y 1 copia.

21.2 Para actualización de datos de esposa(o).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.
3. Comprobante de domicilio: Contrato de arrendamiento o subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales, de fideicomiso debidamente protocolizado, de apertura de cuenta bancaria, o recibo de luz, teléfono fijo, agua, gas, televisión de paga con una antigüedad no mayor a 3 meses expedido por las instituciones del sistema financiero. Original y 1 copia.

21.3 Para baja de esposa(o).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. e.firma. Requisito para realizar el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Copia certificada del Acta de Defunción de la esposa (o) o Acta de Divorcio. Original y 1 copia.

21.4 Para registro de concubina(rio).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para realizar el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.



2. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.
  3. Comprobante de domicilio: Contrato de arrendamiento o subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales, de fideicomiso debidamente protocolizado, de apertura de cuenta bancaria, o recibo de luz, teléfono fijo, agua, gas, televisión de paga con una antigüedad no mayor a 3 meses, de predial y tenencia vehicular deberán ser del año en curso; o copia certificada de escrituras de su propiedad; o estado de cuenta con una antigüedad no mayor a 3 meses expedido por las instituciones del sistema financiero. Original y 1 copia.
  4. Acta de nacimiento de hijo(a) procreado(a) o registrado(a) como señala el artículo 84 de la LSS, vigente. Dichas actas acreditarían el derecho en caso de no cumplirse los 5 años, siempre y cuando ambos hayan permanecido libres de matrimonio, concubinato o unión civil durante el concubinato. Original y 1 copia.
  5. Manifestación por escrito firmada por asegurado(a)/pensionado(a) y persona concubina, en el sentido que se encuentran libres de matrimonio, de unión civil y que han vivido en concubinato al menos por 5 años. Dicha manifestación debe ser firmada adicionalmente por dos testigos. Original y 1 copia.
- Para que se compruebe el concubinato, pueden presentar los siguientes documentos (enunciativo, mas no limitativo) en original y copia para expediente:
- Identificaciones (INE) actualizadas en donde coincidan los domicilios.
  - Comprobantes de domicilio a nombre de ambas personas: Documentos que comprueben que la correspondencia de ambas personas se recibió en el mismo domicilio, o bien, que el domicilio fiscal de la pareja es el mismo.
  - Actas de Concubinato expedidas por registro civil, en donde se acrediten 5 años de concubinato.
  - Resolución judicial que acredite la relación de concubinato durante 5 años.

21.5 Para actualización de datos de concubina(rio).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para realizar el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.

21.6 Para baja de concubina(rio).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. e.firma. Requisito para realizar el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Copia certificada del acta de defunción. Original o, Manifestación bajo protesta de decir verdad donde se detalle el término del concubinato. Original y 1 copia.

21.7 Para registro de padre o madre.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para realizar el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Copia certificada de Acta de nacimiento, de adopción, o de reconocimiento del asegurado(a) o pensionado(a). Original y 1 copia.
3. Comprobante de domicilio: Contrato de arrendamiento o subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales, de fideicomiso debidamente protocolizado, de apertura de cuenta bancaria, o recibo de luz, teléfono fijo, agua, gas, televisión de paga con una antigüedad no mayor a 3 meses, de predial y tenencia vehicular deberán ser del año en curso, o copia certificada de escrituras de su propiedad; o estado de cuenta con una antigüedad no mayor a 3 meses expedido por las instituciones del sistema financiero. Original y 1 copia.
4. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.
5. Manifestación bajo protesta de decir verdad del asegurado (a), de convivencia y dependencia económica. Original y 1 copia.

21.8 Para actualización de datos de padre o madre.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.

21.9 Para baja de padre o madre.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. e.firma. Requisito para realizar el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Copia certificada del Acta de defunción. Original, o Manifestación bajo protesta de decir verdad donde se detalle el término de la dependencia económica y/o la convivencia. Original y 1 copia.

21.10 Para registro de hijo(a).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.

2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Copia certificada del Acta de Nacimiento, Acta de Adopción o Acta de Reconocimiento. Original y 1 copia.
3. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.

21.11 Para actualización de datos de hijo(a).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Copia certificada de Acta de Nacimiento, Acta de Adopción o Acta de Reconocimiento. Original y 1 copia.
2. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. En el caso de los hijos, la identificación se requiere cuando son mayores de 18 años. Original y 1 copia.
3. Comprobante de domicilio: Contrato de arrendamiento o subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales, de fideicomiso debidamente protocolizado, de apertura de cuenta bancaria, o recibo de luz, teléfono fijo, agua, gas, televisión de paga con una antigüedad no mayor a 3 meses, de predial y tenencia vehicular deberán ser del año en curso, o copia certificada de escrituras de su propiedad; o estado de cuenta con una antigüedad no mayor a 3 meses expedido por las instituciones del sistema financiero. Original y 1 copia.
4. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.
5. En caso de hijos mayores de 16 años con enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, presentar dictamen médico. Original y 1 copia.
6. En caso de hijos mayores de 16 años y hasta los 25 años que se encuentren realizando estudios en planteles del Sistema Educativo Nacional, presentar constancia de estudios con reconocimiento y validez oficial. Original y 1 copia.

21.12 Para baja de hijo(a).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Copia certificada del Acta de Defunción. Original y 1 copia.
2. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.

21.13 Para registro de asegurado(a) o pensionado(a).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentren vigentes en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Comprobante de domicilio: Contrato de arrendamiento o subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales, de fideicomiso debidamente protocolizado, de apertura de cuenta bancaria, o recibo de luz, teléfono fijo, agua, gas, televisión de paga con una antigüedad no mayor a tres meses, de predial y tenencia vehicular deberán ser del año en curso; o copia certificada de escrituras de su propiedad; o estado de cuenta con una antigüedad no mayor a tres meses, expedido por las instituciones del sistema financiero. Original y 1 copia.
3. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.

21.14 Para actualización de datos de asegurado(a) o pensionado(a).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.
3. En caso de cambio de domicilio, presentar Comprobante de domicilio: Contrato de arrendamiento o subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales, de fideicomiso debidamente protocolizado, de apertura de cuenta bancaria, o recibo de luz, teléfono fijo, agua, gas, televisión de paga con una antigüedad no mayor a tres meses, de predial y tenencia vehicular deberán ser del año en curso; o copia certificada de escrituras de su propiedad; o estado de cuenta con una antigüedad no mayor a tres meses, expedido por las instituciones del sistema financiero. Original y 1 copia.

21.15 Para baja de asegurado(a) o pensionado(a).

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS presencial**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.

**DOCUMENTOS presencial**

1. Copia certificada del Acta de Defunción. Original y 1 copia.
2. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.

21.16 Para registro de persona en unión civil.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Comprobante de domicilio: Contrato de arrendamiento o subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales, de fideicomiso debidamente protocolizado, de apertura de cuenta bancaria, o recibo de luz, teléfono fijo, agua, gas, televisión de paga con una antigüedad no mayor a tres meses, de predial y tenencia vehicular deberán ser del año en curso; o copia certificada de escrituras de su propiedad; o estado de cuenta con una antigüedad no mayor a tres meses, expedido por las instituciones del sistema financiero. Original y 1 copia.
3. Documento que acredite la Unión Civil celebrada entre el asegurado(a) o pensionado(a) y la beneficiaria(o) a registrar. Original y 1 copia.
4. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.

21.17 Para actualización de datos de persona en unión civil.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Comprobante de domicilio: Contrato de arrendamiento o subarrendamiento, acompañado del último recibo de pago de renta que cumpla con los requisitos fiscales, de fideicomiso debidamente protocolizado, de apertura de cuenta bancaria, o recibo de luz, teléfono fijo, agua, gas, televisión de paga con una antigüedad no mayor a tres meses, de predial y tenencia vehicular deberán ser del año en curso; o copia certificada de escrituras de su propiedad; o estado de cuenta con una antigüedad no mayor a tres meses, expedido por las instituciones del sistema financiero. Original y 1 copia.
3. Fotografía tamaño infantil en blanco y negro o a color. Original.

21.18 Para baja de persona en unión civil.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

Inmediato.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Inmediato.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

La vigencia durará mientras el asegurado(a) o pensionado(a) se encuentre vigente en sus derechos en los registros del Instituto.

**DATOS**

1. Número de Seguridad Social (NSS). Mostrarlo o proporcionarlo.
2. Clave Única de Registro de Población (CURP). Mostrarlo o proporcionarlo.
3. e.firma. Requisito para llevar a cabo el trámite en línea.

**DOCUMENTOS**

1. Identificación oficial vigente: Credencial para votar actualizada, Pasaporte vigente, Cartilla del Servicio Militar con una antigüedad no mayor a 10 años, Cédula profesional con fotografía, Matrícula consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria vigente con fotografía. Original y 1 copia.
2. Documento que acredite la disolución de la unión civil entre el asegurado(a) o pensionado(a) y la beneficiaria(o) a registrar. Original y 1 copia.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

22.- Presentación de escrito patronal de desacuerdo.

22.1 En materia de Clasificación de Empresas.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

3 meses.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

Plazo que tiene la dependencia para prevenir: Dentro del primer tercio del plazo de respuesta (1 mes).

Plazo que tiene la población usuaria para responder la prevención: 10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DATOS en línea**

1. Registro Federal de Contribuyentes (RFC).
2. e.firma (Certificado; Clave privada; Contraseña de Clave Privada).
3. Registro Patronal (RP).
4. Materia de la resolución motivo del desacuerdo.
5. Clase, fracción y prima anterior.
6. Clase, fracción y prima determinada por el Instituto.
7. Folio de la resolución motivo del desacuerdo.
8. Año de la vigencia.
9. Fecha de notificación de la resolución.
10. Motivos de desacuerdo en contra de la resolución de rectificación de la clasificación de la empresa (agravios).
11. Domicilio para oír y recibir notificaciones.

**DOCUMENTOS en línea**

1. Resolución de rectificación de la clasificación emitida por el Instituto (archivo en formato pdf para adjuntarlo como documento requerido).
2. Documentos que sustenten el motivo de desacuerdo en archivo pdf.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Identificación Oficial (IFE, INE o Pasaporte Vigente). Original y 1 copia.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Resolución del Instituto. Original y 1 copia.
4. Escrito libre de solicitud. Original y 1 copia.
5. Documentos que sustenten el motivo del desacuerdo. Original y 1 copia.

22.2 Respecto de la Prima de Riesgos de Trabajo.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

3 meses.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 año de vigencia.

**DATOS en línea**

1. Registro Federal de Contribuyentes (RFC).
2. e.firma (Certificado; Clave privada; Contraseña de Clave privada).

Requisitos de identidad para ingresar al sistema, asimismo la e.firma es necesaria para firmar el escrito patronal de desacuerdo en línea.

**DOCUMENTOS en línea**

1. Resolución del Instituto, materia del desacuerdo (archivo en formato pdf para adjuntarlo como documento requerido).
2. Documentos que sustenten el motivo de desacuerdo en archivo pdf.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Identificación Oficial (IFE, INE o Pasaporte Vigente). Original y 1 copia.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Resolución del Instituto. Original y 1 copia.
4. Documentos que sustenten el motivo del desacuerdo. Original y 1 copia.
5. Escrito libre de solicitud. Original y 1 copia.

En caso de contar con representante legal, poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

23.- Modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo.

23.1 Por cambio de actividad.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

No aplica.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS en línea**

1. e.firma. Para el trámite en línea.
2. Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo".

Datos que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 16 y 28 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, cuando el Instituto los requiera.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
2. Identificación oficial con fotografía y firma de la persona solicitante (patrón o representante legal). Original y 1 copia.
3. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
4. Testimonio notarial o documento que acredite el cambio de actividad. Original y 2 copias.
5. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Original y 1 copia.
6. Poder notarial o, en su caso, póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.

23.2 Por sustitución patronal.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

No aplica.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS en línea**

1. e.firma. Para el trámite en línea.
2. Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo".

Datos que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 16 y 28 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, cuando el Instituto los requiera.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Testimonio notarial inscrito en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o documento que acredite la sustitución patronal en términos del artículo 290 de la Ley del Seguro Social. Original y 1 copia.
4. Poder notarial o, en su caso, póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
5. Acta constitutiva de la empresa sustituta y de la sustituida. Original y 1 copia.

**NOTA:** La presentación del trámite, corresponde a la empresa sustituta.

23.3 Por incorporación de actividades, compra de activos, por cualquier acto de enajenación; por arrendamiento; por comodato, por fideicomiso traslativo.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

El trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS en línea**

1. e.firma. Para el trámite en línea.
2. Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo".

Datos que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 16 y 28 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, cuando el Instituto los requiera.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Identificación oficial con fotografía y firma de la persona solicitante (IFE, INE o Pasaporte Vigente). Original y 1 copia.



4. Contrato, instrumento jurídico o documento que avale la modificación que se comunica. Original y 1 copia.
5. Poder notarial, o en su caso, póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
6. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria. Original y 1 copia.

## 23.4 Por cambio de domicilio.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

No aplica.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS en línea**

1. e.firma. Para el trámite en línea.
2. Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo".

Datos que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 16 y 28 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, cuando el Instituto los requiera.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Identificación oficial con fotografía y firma de la persona solicitante (IFE, INE o Pasaporte Vigente). Original y 1 copia.
2. Comprobante de domicilio del nuevo centro de trabajo. Original y 1 copia.
3. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
4. Baja del Registro Patronal, solo en caso de cambio de domicilio en diferente municipio. Original y 1 copia.
5. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), en caso de que se trate de cambio del domicilio fiscal, o el Aviso de cierre y apertura de establecimiento. Original y 1 copia.
6. Tarjeta de identificación patronal (TIP). Original.
7. Poder notarial o, en su caso, póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.

## 23.5 Por fusión.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

No aplica.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS en línea**

1. e.firma. Para el trámite en línea.
2. Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo".

Datos que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 16 y 28 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, cuando el Instituto los requiera.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Identificación oficial con fotografía y firma de la persona solicitante (IFE, INE o Pasaporte Vigente). Original y 1 copia.
4. Testimonio notarial en el que se protocoliza el convenio de fusión. Original y 1 copia.
5. Poder notarial, o en su caso, póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.
6. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), comunicando la fusión. Original y 1 copia.
7. Presentar la siniestralidad de la empresa fusionada y fusionante del último periodo anual previo a la fusión a través del formato CLEM-22A.
8. CLEM-22 con el cálculo de la prima por fusión considerando la siniestralidad de ambas empresas del ejercicio anterior, y tomando como prima anterior la vigente de la empresa fusionante en la fecha en que surte efectos el trámite.

**NOTA:** La presentación del trámite, corresponde a la empresa fusionante.

23.6 Por reanudación de actividades.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

No aplica.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Original y 1 copia.
4. Identificación oficial con fotografía y firma de la persona solicitante (IFE, INE o Pasaporte Vigente). Original y 1 copia.
5. Poder notarial o, en su caso, póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y 1 copia.

23.7 Por cambio por disposición de Ley o del RACERF.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

No aplica.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS en línea**

1. e.firma. Para el trámite en línea.
2. Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo".

Datos que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 16 y 28 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, cuando el Instituto los requiera.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Identificación oficial con fotografía y firma de la persona solicitante (IFE, INE o Pasaporte Vigente). Original y 1 copia.

23.8 Por escisión.

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

No aplica.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

10 días hábiles.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

No aplica.

**DOCUMENTOS en línea**

1. e.firma. Para el trámite en línea.
2. Los requeridos en el formato AM-SRT "Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo".

Datos que aplican a las modificaciones en el seguro de riesgos de trabajo en todas sus modalidades, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 16 y 28 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, cuando el Instituto los requiera.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT). Original y 2 copias.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original.
3. Identificación oficial con fotografía y firma de la persona solicitante (IFE, INE o Pasaporte Vigente). Original y 1 copia.
4. Testimonio notarial en el que se protocoliza la escisión. Original y 1 copia.
5. Poder notarial, o en su caso, póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS. Original y copia.

6. Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), comunicando la escisión. Original y 1 copia.

**NOTA:** La presentación del trámite, corresponde a la empresa escidente.

**NOMBRE DEL TRÁMITE**

24.- Presentación de la determinación anual de la prima en el seguro de riesgos de trabajo

**PLAZO MÁXIMO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

No aplica.

**PLAZO DE PREVENCIÓN**

No aplica.

**VIGENCIA DEL TRÁMITE**

1 año de vigencia.

**DOCUMENTOS en línea**

1. e.firma o NPIE para el trámite en línea.
2. Archivo de la determinación en el SUA.

**DOCUMENTOS Presencial**

1. Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad (Formato CLEM-22). Original y 1 copia.
2. Tarjeta de Identificación Patronal (TIP). Original y 1 copia.
3. Relación de casos de riesgos de trabajo terminados (Formato CLEM-22 A). Original y 1 copia.
4. Archivo .SRT.

Nota aplicable para la realización de trámites por parte de personas físicas o morales empleadoras que tengan el carácter de patrón en términos de la Ley del Seguro Social y la Ley Federal del Trabajo:

En caso de contar con Representante Legal, poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, o póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante orgánico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.

Requisito para el trámite de forma presencial y en línea con FIEL o e.firma.

En caso de efectuar el trámite en línea, se deberá adjuntar la primera y última hoja del poder notarial para actos de dominio, de administración o poder especial, o de la póliza expedida por Corredor Público Autorizado para actos de administración o especiales, en donde se especifique que puede realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS, así como la hoja donde aparezca el nombre del representante legal.



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

Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo

Fecha de publicación del formato en el DOF	Homoclave del formato	Folio
DD / MM / AAAA	AM-SRT	

Este formato consta de 9 secciones. Favor de llenarlo conforme al instructivo que se presenta en la sección IX (\*) Datos opcionales

1. Fecha de presentación de este aviso: DD / MM / AAAA	2. Fecha a partir de la cual surte efectos la modificación: DD / MM / AAAA
--	--

I. Datos generales del patrón o sujeto obligado

I.1. Persona moral

3. Denominación o Razón Social:

I.2. Persona física

4. Nombre(s): 5. Primer apellido: 6. Segundo apellido: 7. CURP:

I.3. Datos del registro patronal y de la clasificación actual de la empresa

8. Registro Patronal:		9. RFC:	
10. División:	11. Grupo:	12. Fracción:	13. Clase: 14. Prima SRT:

I.4 Tipo de modificación que origina este aviso

<input type="radio"/> Reanudación de actividades	Si han pasado 6 meses o más, desde la fecha en que suspendió actividades y la presentación de este aviso, requirite los datos de la baja y las secciones III, IV y VII. Requirite los datos de la baja y las secciones II, III, IV y VII.
<input type="radio"/> Cambio de domicilio	<b>Datos de la baja</b> 15. Delegación: 16. Subdelegación: 17. Fecha de la baja: DD / MM / AAAA
<input type="radio"/> Cambio de actividad económica	Requirite las secciones III, IV y VII.
<input type="radio"/> Cambio por disposición de Ley, o del RACERF	
<input type="radio"/> Incorporación de actividades	
<input type="radio"/> Escisión (empresa escidente)	
<input type="radio"/> Sustitución patronal	Requirite las secciones III, IV, V y VII.
<input type="radio"/> Fusión	
<input type="radio"/> Compra de activos	Requirite las secciones III, IV, VI y VII.
<input type="radio"/> Comodato	
<input type="radio"/> Enajenación	
<input type="radio"/> Arrendamiento	
<input type="radio"/> Fideicomiso traslativo	

			<p><b>Contacto:</b>                  Paseo de la Reforma 476, P.B.                  Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc                  C.P. 06700, CDMX                  Tel. 800 623 23 23                  http://www.imss.gob.mx/contacto</p>
--	--	--	---



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

**II. Cambio de domicilio**

Registro Patronal del domicilio anterior:

II.1 Domicilio del nuevo centro de trabajo		
18. Calle:	19. Número exterior:	20. Número interior:
21. Entre que calles:	22. Calle posterior:	
23. Colonia:	24. *Localidad:	
25. Municipio o Alcaldía:	26. Estado:	27. Código postal:
28. *Teléfono fijo (lada y número):	29. *Teléfono fijo (lada y número):	
30. *Correo electrónico:		

**III. Clasificación de la actividad en el Seguro de Riesgos de Trabajo que manifiesta el patrón, de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso**

31. Especificar su giro:	32. Presta Servicios u Obras especializados: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
--------------------------	--

**III.1. 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, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 28, 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
33. División:		
34. Grupo:		
35. Fracción:		
36. Clase:		37. Prima SRT:

**IV. Datos de la actividad que declara de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso**

**IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados**


**IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados**


			<p><b>Contacto:</b>                  Paseo de la Reforma 476, P.B.                  Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc                  C.P. 06600, CDMX                  Tel. 800 623 73 73  <a href="http://www.imss.gob.mx/contacto">http://www.imss.gob.mx/contacto</a></p>
--	--	--	---

**IV.3. Maquinaria y equipo utilizado [excepto equipo de transporte]**

Número de unidades	Nombre	Uso	No motorizados/Motorizados no automatizados /Automatizados/Otros	Capacidad o potencia

**IV.4. Cuenta con equipo de transporte**

Sí Pase al punto IV.5.  No Pase al punto IV.6 y continúe.

**IV.5. Equipo de transporte utilizado**

Número de unidades	Nombre	Uso	Combustible o energía	Capacidad o potencia

**IV.6. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado**

Procesos iniciales (descripción)

---

---

---

---

Procesos Intermedios (descripción)

---

---

---

---

Procesos finales (descripción)

---

---

---

---

**gob.mx**

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

IV.7. Personal			
No. de Trabajadores	Oficio u ocupación	No. de Trabajadores	Oficio u ocupación

**IV.8. Actividades complementarias a la principal**

38. Distribución o entrega de mercancías:

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

39. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros.

**V. Datos de la empresa sustituida o fusionada**

**V.1. Persona moral**

40. Denominación o Razón Social:

**V.2. Persona física**

41. Nombre(s):      42. Primer apellido:      43. Segundo apellido:      44. CURP:

**V.3. Datos del registro patronal y clasificación de la empresa sustituida o fusionada**

45. Registro Patronal:      46. RFC:

47. División:      48. Grupo:      49. Fracción:      50. Clase:      51. Prima SRT:

**VI. Datos de los bienes muebles o inmuebles objeto de la compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo**

**VI.1. Cantidad y descripción de los bienes**

Cantidad	Descripción de los bienes

**Contacto:**  
 Paseo de la Reforma 476, P.B.  
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
 C.P. 06600, CDMX  
 Tel: 800 623 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>



**gob.mx**  
 Instituto Mexicano del Seguro Social - Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores

**VI.2. Uso que se le daba o dará a los bienes**


**VI.3. Afectación directa o indirecta al desarrollo de la actividad manifestada**


VII. Firma del patrón	VIII. Acuse de recibo (Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)	
Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos          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	Delegación:   Subdelegación:   Matricula del empleado(a) que recibe el formato:	Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS
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.		

 <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b>	 <b>CONAMER</b>	 <b>IMSS</b>	<b>Contacto:</b> Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06600, CDMX Tel: 800 623 23 23 <a href="http://www.imss.gob.mx/contacto">http://www.imss.gob.mx/contacto</a>
---	--	---	--

## Generalidades

Este aviso aplica a los patrones personas físicas o morales en el régimen obligatorio, que en cumplimiento de lo establecido en los artículos 16 y 28 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, deben comunicar al Instituto el cambio de actividad en casos de suspensión, reanudación, incorporación de nuevas actividades, sustitución patronal, fusión, escisión, compra de activos, comodato, enajenación, arrendamiento, fideicomiso traslativo o cualquier otra circunstancia que modifique los datos de la inscripción de las empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo proporcionados al Instituto.

La clase, fracción y prima se determinará conforme a las reglas establecidas en el artículo 28 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización de acuerdo del supuesto de que se trate, así como lo que manifieste el patrón será de acuerdo con el Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, establecido en el artículo 196 del ya citado Reglamento.

El Instituto podrá validar o rectificar la clase, fracción y prima señaladas por el patrón. En caso de omisión las determinará de oficio.

El Aviso debe ser presentado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social por el patrón o por su representante legal, quien se identificará con los documentos que acompañen a esta solicitud y deberá firmar de manera autógrafa el formato impreso, una vez concluido el aviso, en presencia del empleado(a) del Instituto que atienda el trámite. En el caso de que no sepa o no pueda firmar, debe imprimir su huella digital.

El registro de los datos contenidos en el formato es obligatorio, de acuerdo a las instrucciones especificadas en el mismo.

## Documentación

La documentación que a continuación se menciona deberá presentarse en copia y original para su cotejo:

**1. TIP (Tarjeta de Identificación Patronal)** documento expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social al darse de alta un registro patronal.

- a) En ausencia de la TIP por caso fortuito, presentar **Comprobante de solicitud de reposición de la TIP ante el Instituto y Cédula del Registro Federal de Contribuyentes**, documento expedido por el Servicio de Administración Tributaria.

**2. Identificación oficial con fotografía y firma de la persona solicitante** (patrón o representante legal) como son:

- a) Credencial para votar vigente (IFE/INE).  
 b) Pasaporte vigente, mexicano o extranjero.  
 c) Cartilla del Servicio Militar Nacional.  
 d) Cédula profesional.  
 e) Matrícula consular (documento de identidad que expide una oficina consular a favor de un connacional)  
 f) Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad para extranjeros.

**Nota:** Los datos del representante legal serán verificados contra los datos registrados en el sistema.

**3. Aviso de modificación de las empresas para el Seguro de Riesgos de Trabajo (AM-SRT).**

**4. Por cambio de actividad, presentar lo siguiente:**

- a) Testimonio Notarial o documento que acredite el cambio de actividad. Original y 2 copias.  
 b) Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Original y 1 copia.  
 c) e.firma Original. Para el trámite en línea.  
 d) Poder Notarial, o en su caso Póliza emitida por Comedor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.

**5. Por incorporación de actividades, compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o de fideicomiso traslativo, presentar lo siguiente:**

- a) Contrato, instrumento jurídico o documento que avale la modificación que se comunica. Original y 1 copia.  
 b) Poder Notarial, o en su caso Póliza emitida por Comedor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.  
 c) Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria.  
 d) e.firma Original. Para el trámite en línea.

**6. Por sustitución patronal, presentar lo siguiente:**

- a) Testimonio Notarial inscrito en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio o documento que acredite la sustitución patronal en términos del artículo 290 de la Ley del Seguro Social. Original y 1 copia.  
 b) Poder Notarial, o en su caso Póliza emitida por Comedor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.



**Contacto:**  
 Paseo de la Reforma 476, P.B.  
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
 C.P. 06600, CDMX  
 Tel. 800 623 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>

- c) Acta constitutiva de la empresa sustituta y de la sustituida.  
d) e.firma Original. Para el trámite en línea.

**7. Por fusión, presentar lo siguiente:**

- a) Testimonio Notarial en el que se protocoliza el convenio de fusión.  
b) Poder Notarial, o en su caso Póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.  
c) Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), comunicando la fusión.  
d) Presentar la siniestralidad de la empresa fusionada y fusionante del último periodo anual previo a la fusión a través del formato CLEM-22A.  
e) CLEM-22 con el cálculo de la prima por fusión considerando la siniestralidad de ambas empresas del ejercicio anterior, y tomando como prima anterior la vigente de la empresa fusionante en la fecha en que surte efectos el trámite.  
f) e.firma Original. Para el trámite en línea.

**8. Por escisión, presentar lo siguiente:**

- a) Testimonio Notarial en el que se protocoliza la escisión.  
b) Poder Notarial, o en su caso Póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.  
c) Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), comunicando la escisión.  
d) e.firma Original. Para el trámite en línea.

**9. Por cambio de domicilio, presentar lo siguiente:**

- a) Únicamente para cambio de domicilio en diferente municipio presentar aviso de la baja del Registro patronal del domicilio anterior, con antigüedad no mayor a seis meses, (en caso de no contar con la baja del registro patronal anterior, contará con un plazo que no exceda de diez días hábiles, para presentar dicho aviso.)  
b) Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT), en caso de que se trate de cambio del domicilio fiscal, o el Aviso de cierre y apertura de establecimiento.  
c) Comprobante del nuevo domicilio<sup>[1]</sup>  
(El croquis de ubicación del nuevo domicilio del centro de trabajo, deberá indicar las calles de colindancia, lugares de referencia o cualquier detalle que permita ubicar con facilidad su domicilio, el cual deberá presentarse utilizando para ello una hoja blanca tamaño carta.)  
d) e.firma Original. Para el trámite en línea.

Nota: La presentación del trámite tanto presencial o en línea solo actualiza la clase, fracción y prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo conforme lo establecido en la fracción II del artículo 28 del RACERF, el trámite requiere aperturar un registro patronal en el nuevo domicilio.

- e) Poder Notarial, o en su caso Póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.

**10. Por reanudación de actividades, presentar lo siguiente:**

- a) Aviso presentado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT).  
b) Poder Notarial, o en su caso Póliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando esta determine que el representante orgánico tenga tanto la facultad como las atribuciones para actos de administración o especiales para llevar a cabo toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.

**11. Por cambio por disposición de Ley o del RACERF, presentar lo siguiente:**

- a) e.firma. Original. Para el trámite en línea.

[1] Para el caso de los patronos a que se refiere el Artículo 15-A de la Ley del Seguro Social, el comprobante de domicilio deberá ser el de su domicilio fiscal.



**Contacto:**  
Paseo de la Reforma 476, P.B.  
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
C.P. 06600, CDMX  
Tel: 800 623 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>



## Instrucciones de llenado

Anotar en el lugar especificado para ello:

1. Fecha de presentación de este aviso. El día, mes y año en el que se está presentando el aviso de modificación, utilizando el siguiente formato (dd/mm/aaaa).
2. Fecha a partir de la cual surte efecto la modificación. El día, mes y año en el que se dio el hecho generador del cambio de actividad o modificación presentada, utilizando el formato (dd/mm/aaaa).

**I. Datos generales del patrón o sujeto obligado****I.1. Persona moral llena la siguiente sección, cuando sea una persona moral, quien presenta el aviso**

3. Denominación o razón social. La denominación o razón social de la persona moral (tal y como aparece en la escritura pública) para la que se presenta este aviso.

**I.2. Persona física llena la siguiente sección, cuando sea una persona física, quien presenta el aviso**

4. Nombre (s)
5. Primer Apellido
6. Segundo Apellido
7. CURP. La Clave Única de Registro de Población

**I.3. Datos del registro patronal y de la clasificación actual de la empresa**

8. Registro patronal, el registro patronal asignado por el Instituto.
9. RFC, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).
10. División de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con la que está clasificada actualmente la empresa.
11. Grupo que corresponde a la División, de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con el que está clasificada actualmente la empresa.
12. Fracción que corresponde al Grupo, de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con la que está clasificada actualmente la empresa.
13. Clase de riesgo asociada a la Fracción, de acuerdo al Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con la que está clasificada actualmente la empresa.
14. Prima SRT. Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo con la que el patrón actualmente está enterando sus cotizaciones ante el Instituto.

**I.4. Tipo de modificación que origina este aviso.**

Marcar con "X" el recuadro que corresponda al motivo que origina la presentación de este aviso de modificación para el Seguro de Riesgos de Trabajo y requirite los datos de las secciones que correspondan para cada caso:

- Reanudación de actividades. Requiere los datos de la baja y las secciones III, IV y VII.
- Cambio de domicilio. Requiere los datos de la baja y las secciones II, IV y VII.

Datos de la baja se requiere la fecha de la baja en la subdelegación de control del registro patronal.

15. Delegación, Delegación del IMSS a la que estaba adscrita la empresa.
16. Subdelegación, Subdelegación del IMSS a la que estaba adscrita la empresa.
17. Fecha de la baja, día, mes y año en el cual causó baja el registro patronal, utilizando el formato (dd/mm/aaaa).
  - Cambio de actividad económica. Requiere las secciones III, IV y VII.
  - Cambio por disposición de Ley o del RACERF III, IV y VII.
  - Incorporación de actividades. Requiere las secciones III, IV y VII.
  - Escisión. Para la empresa escidente. Requiere las secciones III, IV y VII.
  - Sustitución patronal. Requiere las secciones III, IV, V y VII.
  - Fusión. Requiere las secciones III, IV, V y VII.
  - Compra de activos. Requiere las secciones III, IV, VI y VII.
  - Comodato. Requiere las secciones III, IV, VI y VII.
  - Enajenación. Requiere las secciones III, IV, VI y VII.
  - Arrendamiento. Requiere las secciones III, IV, VI y VII.
  - Fideicomiso traslativo. Requiere las secciones III, IV, VI y VII.

**II. Cambio de domicilio**

Registro Patronal del domicilio anterior (aplica solamente en cambio de domicilio en diferente municipio)

**III. Domicilio del nuevo centro de trabajo. Anotar los siguientes datos que correspondan a la ubicación del nuevo domicilio del centro de trabajo.**

18. Calle, (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Carracho, Calzada, Corredor, etc.)
19. Número exterior
20. Número interior
21. Entre que calles
22. Calle posterior
23. Colonia, (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)
24. Localidad. (\*Campo opcional)
25. Municipio o Alcaldía
26. Estado
27. Código postal
28. Teléfono fijo con clave de larga distancia (\*Campo opcional), registrar el número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
29. Teléfono fijo con clave de larga distancia (\*Campo opcional), registrar un segundo número telefónico con 12 dígitos para la República Mexicana.
30. Correo electrónico (\*Campo opcional), designado para recibir comunicaciones del Instituto.

**III. Clasificación de la actividad en el Seguro de Riesgos de Trabajo que manifiesta el patrón, de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso.**

31. Especificar su giro, anotar el(los) objeto(s) principal(es) para el(los) cual(es) fue constituida la empresa o las actividades que desarrolla para llevar a cabo el propósito del negocio. El giro se define como el conjunto de actividades a las que se dedica una empresa o patrón, estas actividades en forma integral, definen las características del negocio.  
Ejemplo: Reparación mecánica y hojalatería de automóviles.



**Contacto:**  
Paseo de la Reforma 476, P.B.  
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
C.P. 06600, CDMX  
Tel. 800 623 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>

32. Presta servicios especializados, marca con una X según corresponda si la empresa es prestadora de servicios u obra especializados, la cual deberá cumplir con las condiciones y requisitos establecidos en la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Seguro Social. En este caso, la información del apartado IV "Datos de la actividad que declara" deberá de ser la que corresponda al servicio u obra especializados que presta.

### III.1. Clasificación conforme al Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

Con base en el Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo previsto en los artículos 28 y 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, indique la clave de la división económica, el grupo, la fracción y la descripción de la fracción, la clase de riesgo y la prima del Seguro de Riesgos de Trabajo de la actividad en la cual se deberá clasificar el registro patronal, derivado de la presentación de este aviso de modificación.

33. División.

34. Grupo.

35. Fracción.

36. Clase. Clase que corresponda a la fracción que el patrón determine en su autoclasificación.

37. Prima SRT. Prima que corresponda, considerando los siguientes supuestos:

- Para cambio de domicilio, que no conlleve modificación de clase, anotar la misma prima con la que venía cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en caso contrario deberá anotar la prima media de la clase que le corresponda.
- Para sustitución patronal que no implique cambio de actividad, anotar la misma prima con que la empresa sustituida venía cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en caso de cambio de actividad deberá anotar la prima media de la clase que le corresponda.
- Para fusión deberá anotar la prima resultante, definida en la forma indicada en el artículo 28, fracción IV, del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- Cuando la empresa escidente no se extinga, y la escisión no implique cambio de actividad para ésta, deberá anotar la misma prima con que venía cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en caso de cambio de actividad deberá anotar la prima media de la clase que le corresponda.

(La "clave" se refiere al numeral señalado para los conceptos del Catálogo de Actividades contenido en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización).

Para cambio por disposición de Ley o del RACERF, deberá clasificarse conforme a lo señalado en el segundo párrafo del artículo 18 del Reglamento señalado.

### IV. Datos de la actividad que declara de acuerdo con la modificación que da origen a este aviso.

#### IV.1. Principales productos elaborados o servicios prestados.

Anotar los productos más importantes o característicos que elabora su negocio, o los servicios que presta, como máximo 10, ejemplos por sector: Agropecuario, caza y pesca: arroz, maíz, flores, huevo, pescados, etc.; manufacturas: prendas de vestir, lámparas, pilas, llaves mezcladoras, tableros, sensores, refrigeradores, alambre de acero, aceites vegetales; comercio: embutidos, aparatos deportivos, automóviles, cajas de cartón, mobiliario de oficina, etc.; servicios: limpieza, instalación de ventanas, puertas de herrería, restaurante, fumigación, café Internet, servicios legales, etc.

Producto: es cualquier objeto tangible que se fabrica u ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.

Servicio: es el conjunto de atributos físicos, psicológicos y simbólicos que determinan un elemento intangible, que se crea y ofrece a un mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que satisface un deseo o una necesidad de un cliente.

#### IV.2. Principales materias primas y materiales utilizados.

Anotar las principales materias primas o materiales indispensables, que utiliza para elaborar los productos o prestar los servicios de su negocio, como máximo 10. Se consideran bienes consumibles empleados que generalmente pierden sus propiedades y características, para transformarse y formar parte de otros bienes o productos finales.

Materias primas: son los materiales extraídos de la naturaleza que sirven para transformar la misma y construir bienes de consumo. Se clasifican, según su origen: vegetal, animal, y mineral; ejemplos: algodón, madera, agua, hierro, oro, grava, petróleo, granito, etc. Materiales utilizados: son aquellos insumos que han sido transformados pero que todavía no constituyen definitivamente un bien de consumo o producto final de una empresa. Se denominan también productos semielaborados o semiacabados; ejemplos: tubos, textiles, plásticos, etc.

Ejemplos por sector: agropecuario, caza y pesca: agroquímicos, abonos, semillas, animales de trabajo, productos veterinarios, productos para reforestación; manufacturas: aceites vegetales, adhesivos, aditivos, pinturas, cemento, madera, plásticos, etc.; comercio y servicios: papel para impresión, bolsas de papel o plástico, cajas, productos médicos, artículos de oficina, materiales de limpieza, prendas de vestir, alimentos, etc.

#### IV.3. Maquinaria y equipo utilizado (excepto equipo de transporte).

Anotar el número de unidades, nombre, uso al que se destina, señalando si es No motorizado, Motorizado no automatizado o Automatizado, la capacidad o potencia, de acuerdo a cada apartado, de las máquinas que emplea para transformar los insumos o materias primas, en los productos o servicios de su empresa o negocio.

No motorizados: son considerados aquellos que se operan manualmente o artesanalmente para lograr la transformación de insumos o materias primas, en productos o servicios.

Motorizados no automatizados: son aquellos operados por la mano del hombre, que combinan el impulso de motores eléctricos o de combustión para el procesamiento o transformación, de insumos o materias primas en productos o servicios.

Automatizados: son aquellos que realizan procesos continuos de transformación de insumos o materias primas, que básicamente son operados o programados a través de computadoras.

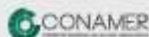
Otros (Especifique).

#### IV.4. Cuenta con equipo de transporte.

Marcar con "X" en el cuadro indicado que corresponda a las características de la empresa, si elige "SI", pase al punto IV.5 y liste cuál es su principal equipo de transporte; si elige "No", pase al punto IV.6.

#### IV.5. Equipo de transporte utilizado.

Anotar el número de unidades, nombre, uso, combustible o energía y capacidad o potencia del equipo de transporte que emplea para el desarrollo de las actividades de su negocio o empresa, ya sea esté utilizado para el acopio, traslado, entrega, distribución o venta de materias primas, materiales, productos, prestación de los servicios que ofrece, o para el transporte de personal.



**Contacto:**  
Paseo de la Reforma 476, P.B.  
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc.  
C.P. 06600, CDMX  
Tel. 800 623 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>



**IV.6. Procesos de trabajo de la actividad del patrón o sujeto obligado.**

Describa los procesos de trabajo de la actividad del patrón, precisando los procesos iniciales, intermedios y finales. En su caso, describa los procesos que realiza para transformar, fabricar o procesar materias primas o insumos, en los productos de su empresa o negocio, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3, tratándose de empresas prestadoras de servicios, deberá describir los procesos iniciales, intermedios y finales del o los servicios que presta, en la descripción especifique los insumos y para qué se utiliza la maquinaria, herramienta o equipo que señaló en el punto IV.3.

**IV.7. Personal.**

Anotar el número de trabajadores con que cuenta el patrón por grupos de oficio u ocupación para el desarrollo de su actividad, que describa mejor el trabajo que desarrolla su personal en su negocio o empresa y que contribuye para la fabricación o venta de productos o prestación de servicios.

**IV.8. Actividades complementarias a la principal.**

De las opciones que se presentan, señale las actividades complementarias que realiza su empresa o negocio para brindar mejor atención o servicio a sus clientes:

38. Distribución o entrega de mercancías

Marcar con "X" el campo respectivo, para indicar, si utiliza transporte propio para realizar la entrega de mercancías, si realiza la entrega de mercancías con transporte ajeno, o si no cuenta con servicio de distribución o entrega.

39. Servicios de instalación, reparación o mantenimiento a terceros

Marcar con "X", si cuenta con servicios de instalación, reparación o mantenimiento de los productos que elabora o vende.

**V. Datos de la empresa sustituida o fusionada.**

Escriba los datos correspondientes al registro patronal de la empresa a la que sustituye o la que quedó fusionada al registro patronal para el que se presenta este aviso.

**V.1. Persona moral.**

40. Denominación o razón social, la denominación o razón social de la empresa o negocio, tal y como aparece en la escritura pública.

**V.2. Persona física:**

41. Nombre(s)

42. Primer apellido

43. Segundo apellido

44. CURP: La Clave Única de Registro de Población

**V.3. Datos del registro patronal y clasificación de la empresa sustituida o fusionada. Escriba el registro patronal, el RFC y la clasificación actual de la empresa sustituida o fusionada.**

45. Registro patronal, el registro patronal de la empresa sustituida o fusionada.

46. RFC, el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave, asignado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).

47. División.

48. Grupo.

49. Fracción.

50. Clase que corresponda a la fracción que el patrón determine en su autoclificación.

51. Prima SRT. Escriba la prima con la que está cotizando actualmente ante el Instituto la empresa sustituida o fusionada.

**V.4. Datos de los bienes muebles o inmuebles objeto de la compra de activos, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo.**

Nota: Cuando la empresa modifica su situación patronal por:

- Compra de activos
- Recepción o entrega de bienes en comodato
- Enajenación o venta de bienes
- Arrendamiento de bienes
- Fideicomiso traslativo

Tendrá la obligación de presentar este aviso, siempre que ello implique un cambio de actividad.

Ejemplo: Si usted es un patrón clasificado en la actividad o fracción 665 de "Compraventa de materiales para construcción tales como: madera, aceros y productos de ferretería, con transporte y/o preparación de mercancías.", de clase IV, y vende todo su equipo de transporte, su actividad se vería afectada ya que usted cambiaría su clasificación a la actividad o fracción 664 "Compraventa de materiales para construcción, tales como madera, aceros y productos de ferretería, sin transporte, ni preparación de mercancías" de clase II, por lo que estaría obligado a presentar este aviso.

**VI.1. Cantidad y descripción de los bienes.**

Describa el tipo de bien o bienes que originan la modificación que presenta ante el Instituto e indique la cantidad de los mismos.

**VI.2. Uso que se le daba o dará a los bienes.**

Indique brevemente para qué fue o será utilizado el bien o bienes que originan la modificación presentada ante el Instituto.

**VI.3. Afectación directa o indirecta al desarrollo de la actividad manifestada.**

Describa brevemente, cómo el bien o los bienes objeto de la compra, enajenación, arrendamiento, comodato o fideicomiso traslativo, especificados en el punto VI.1, afectan directa o indirectamente, en el desarrollo de las actividades de la empresa o negocio.

**VII. Firma del patrón o de su representante legal.**

Firma autógrafa del patrón o del representante legal del patrón persona moral, en su caso, firma electrónica, conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**VIII. Acuse de recibo.**

**Contacto:**  
Paseo de la Reforma 476, P.B.  
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
C.P. 06600, CDMX  
Tel. 800 623 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>

**gob.mx**

Instituto Mexicano del Seguro Social

Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad

Instituto Mexicano del Seguro Social  
 El presente documento es el dispuesto por los artículos 25, fracción IV, 27 y 28 de la Ley del Seguro Social y de forma sucesiva por el artículo del decreto que el que se reformaron (o en sus disposiciones de la Ley del Seguro Social) publicado en el DOF el día 20 de diciembre de 2005 y artículos 16, fracción IV, 2 fracción VII, 3, 1 del artículo 31, 42 y 43 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, Manifiesto, así como el protesto de decir verdad, que los datos asentados en este documento son reales respecto a la siniestralidad ocurrida en esta empresa.

Homoclave del trámite	Homoclave del formato	Folio	Fecha de solicitud del trámite	Fecha de recepción en el IMSS
IMZ404247	CIEM-22		1 / 01 / 2024	2 / 01 / 2024

ANTES DE INICIAR EL LLENADO LEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO

**3.- Datos generales de la empresa**

Registro Patronal	D.V.	Nombre (denominación o razón social)					
Domicilio	Código postal	Calle	Número exterior e interior	Colonia	Municipio y Estado	Ciudad	Teléfono (tipo y número)
Actividad económica o giro	Clase de riesgo		Fracción número		Prima anterior		

**4.- Datos base para determinar la prima**

Siniestralidad laboral registrada en la empresa durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de	Fracción	Prima = [(S / 365) + V * [(I + D) * (F / N) + M
Conceptos, cifras fijas y variables		Sustitución de valores
Total de días subsidados o cause de incapacidad temporal	S	Prima = [ / 365) + 28 * ] * [ / ] +
Porcentaje de presencia de lesionados permanentes parciales y totales, divididos entre 100	I	Delantillo
Número de defunciones	D	Prima = [ ] + 28 * ] * [ / ] +
Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo	N	Resultado:
Años promedio de vida activa	V	La prima en la que se deberá cobrar se determinó considerando la siniestralidad de la empresa y en virtud de que se registró siniestralidad al cual se anexa el presente la "Relación de casos de Riesgos de Trabajo terminados" como parte integrante del mismo. También se consideró la comparación de la prima resultante de la fórmula expresada en por ciento con la prima anterior en la que se están cubriendo las cuotas al momento de la revisión. La prima para la cobertura de los costos del seguro de riesgos de trabajo determinada, estará vigente a partir del día de mes de y hasta el día de mes de
Factor de prima	F	
Prima mínima de riesgo	M	

**5.- Resultado de la determinación de la prima**

Prima expresada en por ciento y para comparación con la prima anterior

Para efectuar la comparación ver instrucciones al reverso de la página.

**6.- Acreditación por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social**

Número de días cubiertos del año: 365  SI  NO

**7.- Nombre y firma del patrón o sujeto obligado o de su representante legal**

**Contacto:**  
 Paseo de la Reforma 476, P.B.  
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
 C.P. 06600, CDMX  
 Tel. 800 023 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>

**gob.mx**

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instrucciones de llenado

- Este Determinación se elabora en original y copia (original para el IMSS, y la copia para el patrón).  
 - El llenado deberá realizarse empleando letras mayúsculas compactas. El llenado no deberá ser a mano.  
 - Se ocupará una casilla para cada letra o número. Ejemplo:

REGISTRO PATRONAL: 0 1 1 6 1 0 1 3 1 0 D.V.: 1 3 1

- En el momento en las hojas de que consta la Determinación, así como la copias del mismo, se deberá poner siempre "SI" y por cada uno de los que se utilizó en para la Selección de Casos de Riesgos de Trabajo terminados, se asignará número consecutivo. Ejemplo:

FORMA: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

- Verifique que los datos proporcionados sean correctos, teniendo especial cuidado con los relativos a la identificación de la empresa, como son: registro patronal y nombre, denominación o razón social.  
 - La Determinación deberá contener nombre y firma del patrón o de su representante legal, así como el sello de la empresa, en caso de contar con él (sin la firma el documento carece de validez) presentando tarjeta de identificación patronal y en su caso, copia certificada del acta notarial del representante legal que lo acredite para actos administrativos y para pleitos y cobranza o Poliza emitida por Corredor Público Autorizado, siempre y cuando en esta se precise que el representante organico cuenta con facultades y atribuciones para actos de administración o especiales para realizar toda clase de trámites y firmar documentos ante el IMSS.  
 - Esta Determinación se entregará durante el mes de febrero en la Oficina Administrativa del IMSS, que corresponda al patrón, atendiendo al domicilio del centro de trabajo. Esta misma Oficina será quien en su caso, dará respuesta al trámite.

**1.- FECHA DE SOLICITUD DEL TRÁMITE.** Anote día, mes y año en que se elabora la Determinación, utilizando números arábigos (los dígitos precedidos por cero para el día).

**2.- FECHA DE RECEPCIÓN EN EL IMSS.** Para uso exclusivo del IMSS.

**3.- DATOS GENERALES DE LA EMPRESA.** Registre los datos que identifican a la empresa, de acuerdo a lo siguiente:

- REGISTRO PATRONAL. Anote el registro patronal que tenga asignado la empresa, que consta de diez dígitos, ya sea numérico o alfanumérico.
- DÍGITO VERIFICADOR (D.V.). Anote el número que tenga asignado la empresa, que consta de un dígito (dejar en blanco en caso de desconocerlo).
- NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL. Asiente el nombre, denominación o razón social de la empresa, tal como se tiene manifestado ante el IMSS.
- DOMICILIO Y TELÉFONO. Registre el domicilio completo de la empresa, así como el número telefónico.
- ACTIVIDAD ECONÓMICA O GIRO. Anote la actividad a que se dedica la empresa.
- CLASE DE RIESGO. Señale con número romano la clase de riesgo en la cual se encuentre clasificada la empresa ante el IMSS, para efectos del Seguro de Riesgos de Trabajo, que se identifica como I, II, III, IV, V, con fundamento en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- FRACCIÓN NÚMERO. Anote el número de la fracción en la que se encuentra registrada la empresa ante el IMSS, la que puede constar de tres o cuatro dígitos, de acuerdo al catálogo de Actividades contenido en el artículo 100 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- PRIMA ANTERIOR. Asiente el valor de la prima con la que viene cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo.

**4.- DATOS BASE PARA DETERMINAR LA PRIMA.** Se anotarán los valores que correspondan a cada una de las variables que intervienen para determinar la prima, considerando la siniestralidad laboral registrada en la empresa durante el periodo de revisión. Los datos deberán asentarse de derecha a izquierda, colocando ceros en las casillas que no se utilicen.  
 Ejemplo:

SINIESTRALIDAD LABORAL REGISTRADA EN LA EMPRESA DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE Anote en el espacio en blanco los cuatro dígitos que identifiquen el año al que corresponde el periodo de revisión.

**Contacto:**  
 Paseo de la Reforma 476, P.B.  
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
 C.P. 06600, CDMX  
 Tel. 800 023 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>



**gob.mx**

Instituto Mexicano del Seguro Social

**TOTAL DE DÍAS SUBSIDIADOS A CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (S).** Anote la suma de los días subsidiados por riesgos de trabajo, otorgados a los trabajadores que sufrieron un accidente o enfermedad de trabajo. En este renglón se incluirán, también, los días subsidiados por recados que sufren los trabajadores. La información se obtendrá sumando el total de días otorgados por certificados de incapacidad otorgados al trabajador, con motivo del accidente o enfermedad de trabajo, así como por recado.

**- SUMA DE LOS PORCENTAJES DE LAS INCAPACIDADES PERMANENTES PARCIALES Y TOTALES, DIVIDIDOS ENTRE 100(I).** Registre la suma de los porcentajes de las evaluaciones por incapacidad permanente parcial y total otorgados a los trabajadores durante el periodo de revisión, así como los porcentajes dictaminados con motivo de reevaluación y el resultado dividido entre 100, expresándolo en enteros y dos decimales. Tratándose de reevaluación dictaminada en el mismo periodo en que se otorgó la evaluación por incapacidad permanente, para efectos de determinar la prima, se considerará la suma de los porcentajes de ambas. Cuando la reevaluación se dicte en un periodo diferente al de la evaluación inicial sólo se considerará el porcentaje de reevaluación. Los datos deberán obtenerse de formato "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo" (ST 3), emitido por el IMSS.

**- NÚMERO DE DEFUNICIONES (D).** Anote el número total de defunciones originadas por accidentes y enfermedades de trabajo durante el periodo de revisión. La información podrá obtenerse del documento denominado "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo" (ST 3), emitido por el IMSS.

**- NÚMERO DE TRABAJADORES PROMEDIO EXPUESTOS AL RIESGO (N).** Anote el cociente que resulte de dividir el total de los días cotizados entre 305 días del año. Dicho cociente se expresará en enteros y un decimal. El total de días cotizados se obtiene sumando los días cotizados por todos los trabajadores de la empresa (hubieron o no sufrido un riesgo de trabajo) durante el año de cómputo, incluidos en las Cédulas de Determinación de Cuotas presentadas por el patrón al IMSS o en las Cédulas de Cuotas determinadas por el IMSS, o bien, en las nóminas o listas de paga correspondientes.

**- FACTOR DE PRIMA (F).** Anote y aplique al desarrollar la fórmula actual establecida en el artículo 72 de la Ley del Seguro Social, el factor de prima 2.3 y, si cuenta con un sistema de administración y seguridad en el trabajo acreditado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, anote y aplique como factor de prima 2.2.

**- PRIMA MÍNIMA DE RIESGO (M).** Anote y aplique en el desarrollo de la fórmula actual el 0.005, que es la prima mínima de riesgo.

**NOTA:** No se tomarán en cuenta para la siniestralidad de las empresas los accidentes que ocurren a los trabajadores al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa.

**5.- RESULTADO DE LA DETERMINACIÓN DE LA PRIMA.** Aplique y sustituya los valores de la fórmula de la prima, contenida en el artículo 72 de la Ley del Seguro Social.

**- FÓRMULA:**  
**PRIMA = [(S / 365) \* V \* (1 + D) \* (F / N)] + M**

Dónde:  
 S = Total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal.  
 / = Símbolo de división.  
 365 = Número de días naturales del año.  
 V = 28 años, que es la duración promedio de vida activa de un individuo que no haya sido víctima de un accidente mortal o de incapacidad permanente total.  
 \* = Símbolo de multiplicación.  
 ( ) = Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes parciales y totales, divididos entre 100.  
 D = Número de defunciones.  
 F = Factor de prima.  
 N = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.  
 M = Prima mínima de riesgo.

**- SUSTITUCIÓN DE VALORES.** Anote el resultado de cada una de las variables en los espacios en blanco.

|| \_\_\_\_\_ / 365 + 28 \* || + \_\_\_\_\_ || \* || \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ || + \_\_\_\_\_

**GOBIERNO DE MÉXICO** **CONAMER** **IMSS**

**Contacto:**  
 Paseo de la Reforma 476, P.B.  
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
 C.P. 06600, CDMX  
 Tel. 800 623 25 25  
 http://www.imss.gob.mx/contacto

Página 3 de 4

**gob.mx**

Instituto Mexicano del Seguro Social

**- DESARROLLO.** Aplicar y despejar la fórmula de la prima para obtener su resultado, redondeando cada operación a ocho decimales.

**- RESULTADO.** Anote la cantidad que se obtiene al desarrollar la fórmula y multiplicarla por 100, redondeándola a cinco decimales, el resultado obtenido será la prima expresada en por ciento, que servirá para compararla con la prima anterior y establecer si la prima con la que la empresa viene cubriendo sus cuotas, deberá permanecer igual, disminuir o aumentar.

**- NÚMERO DE PRIMA.** Una vez comparada con la prima anterior, registre de derecha a izquierda, misma que será hasta de dos enteros y cinco decimales, redondeando ceros en las celdas que no se utilicen.

Para efectos de comparar la prima expresada en por ciento, contra la prima anterior y establecer si la nueva prima debe permanecer igual, disminuir o aumentar, se determinará conforme a lo siguiente: Si el valor obtenido de la prima expresada en por ciento es el mismo que la prima anterior, se extirpa a la empresa de la obligación de presentar la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo (Jornada de la Revisión Anual de la Siniestralidad). En caso de que sean diferentes, procederá a emitir la nueva prima, aumentándola o disminuyéndola en una proporción no mayor al uno por ciento, con respecto a la prima del año anterior con que la empresa venía cubriendo sus cuotas al momento de la revisión.

Conforme lo establece el artículo 74 de la Ley del Seguro Social, estas modificaciones no podrán exceder los límites fijados para la prima mínima y máxima, que serán de cero punto cinco por ciento y quince por ciento de los salarios base de cotización, respectivamente.

**- SINIESTRALIDAD DE LA EMPRESA.** Anote en los espacios en Menos (M) o (m) la empresa registró siniestralidad y según el caso, en el otro espacio a más (P) o (p) incluye la Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados.

**- VIGENCIA.** La nueva prima obtendrá surtir efectos a partir del 1 de enero del año siguiente a aquel en que concluye el periodo computado y hasta el último día de febrero del año siguiente. Anote en los espacios en Líneas los cuatro dígitos que identifiquen el año de inicio y término de la vigencia.

**6.- ACREDITACIÓN POR LA STPS.** Si su empresa ya cuenta con un sistema de administración y seguridad en el trabajo acreditado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, marque con una "X" en el cuadro correspondiente a SI, por lo que deberá aplicar como F (factor de Prima) el 2.2 en el desarrollo de la fórmula actual para determinar la prima a cubrir en el seguro de riesgos de trabajo. En caso contrario, marque con una "X" en el cuadro correspondiente a NO y como F (Factor de Prima) deberá aplicar 2.3, en el desarrollo de la fórmula actual para determinar la prima a cubrir en el Seguro de Riesgos de Trabajo, conforme a lo dispuesto en el artículo 72 de la Ley del Seguro Social vigente.

**7.- NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SUJETO OBLIGADO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL.** Anote el nombre completo y firma del patrón o sujeto obligado o de su representante legal.

**OBSERVACIONES GENERALES:** Se extirpa a la empresa de la obligación de presentar ante el IMSS, la Determinación, cuando:

- La nueva prima determinada resulte igual a la del periodo anterior.
- Se haya dado de alta ante el IMSS, o modificado su actividad durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del año que corresponde (periodo de revisión).
- Pasa una inspección y comunique a máxima autoridad del patrón que se revisó y haya trascendido un tiempo mayor a seis meses entre esta y la fecha de la baja.

**IMPORTANTE.** Conforme al artículo 72 de la Ley del Seguro Social, último párrafo: "Las empresas de menos de 10 trabajadores podrán optar por presentar la declaración anual correspondiente o cubrir la prima media de la clase que les corresponde conforme al reglamento, de acuerdo al artículo 73 de la Ley citada". El Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, en su artículo 33, fracciones I, II y III, dispone los supuestos en los que el Instituto podrá modificar o determinar la prima de un patrón, mediante resolución, que se notificará a éste o su representante legal. La Ley del Seguro Social en sus artículos 304-A, fracción IV y 404-I, fracción III, dispone las infracciones y los importes de las sanciones, respectivamente, para patrones que estando obligados no presenten su Determinación, lo hagan extemporáneamente o con datos falsos o incompletos.

**CONTINUAN INSTRUCCIONES AL REVERSO DE LA "RELACIÓN DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS"**

**GOBIERNO DE MÉXICO** **CONAMER** **IMSS**

**Contacto:**  
 Paseo de la Reforma 476, P.B.  
 Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
 C.P. 06600, CDMX  
 Tel. 800 623 25 25  
 http://www.imss.gob.mx/contacto

Página 4 de 4





Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados

El (Durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de \_\_\_\_\_) Hoja \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Homoclave del trámite		Homoclave del formato		Fecha de solicitud del trámite
IMSS 02 079		C-EM 22A		
Registro Patronal	D.V.	Folio		Teléfono fijo (línea y número)
Nombre, denominación o razón social		Domicilio		
	Código postal	Calle	Número exterior e interior	Ciudad, Municipio/Estado, País

ANTES DE INICIAR EL LLENADO LEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO

ISS	CURP	Nombre del asegurado	Fecha de Revaluación (*)	Fecha del accidente o enfermedad de trabajo (Año, Mes, Día)	Tipo de riesgo	Días subsidiados	Porcentaje de incapacidad permanente: parcial o total	Definición (DI)	Fecha de alta (Año, Mes, Día)

ANEXO PUBLICACION (\*) Se le recomienda imprimir una copia para cada trámite antes de comenzar el llenado. Consultar el formato en [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx) o en el sitio de Internet.

**Contacto:**  
Pasaje de la Reforma 476 P.B.  
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
C.P. 06671, CDMX  
Tel. 800 625 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>

Página 1 de 4



Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados. Instrucciones de llenado

Observación general

Cualquier caso que haya registrado sin actividad en la empresa, no deberá incluirse en la Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados a su Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivado de la Revisión Anual de la Sinistralidad.

Esta Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados, se elaborará en original y copia (original para el IMSS y la copia para el patrono). En caso de que resulte insatisfactorio este formato, favor de reproducir en fotocopia el número de veces que se requiera.

- El llenado deberá realizarse empleando letras mayúsculas completas. El llenado no deberá ser a mano.
- Se ocupará una casilla para cada letra o número. Ejemplo:

REGISTRO PATRONAL D.V.  
[0][1][6][2][3][0][0][1][0][1][3]

- 8. RELACIÓN DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS.**
- Su llenado permitirá conocer, en forma detallada, el diagnóstico de los accidentes y enfermedades de trabajo que, sin importar la fecha en que hayan ocurrido, terminaron dentro del periodo que se solicita.
- El total de días subsidiados por riesgo (70), porcentajes de valuaciones (porcentaje (%)) y definiciones (porcentaje (%)) deberán coincidir con los datos asentados en el punto 4 de la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivado de la Revisión Anual de la Sinistralidad.
- **REGISTRO PATRONAL (REGISTRO PATRONAL Y CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN)**. Anote los cuatro dígitos que identifican el año que se está revisando.
  - **REGISTRO PATRONAL, D.C.T.O. VERIFICADOR, NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL, DOMICILIO Y TELÉFONO**. Asiente la información correspondiente, de acuerdo a lo señalado en el punto 3 de la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivado de la Revisión Anual de la Sinistralidad.
  - **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL**. Anote en orden progresivo, el número de seguridad social (que consta de diez números más el dígito verificador, este último dejar en blanco en caso de desconocimiento) de los trabajadores que sufrieron accidentes y/o enfermedades de trabajo, con alta médica durante el periodo de revisión, así como de los que tuvieron una recidiva derivada de un accidente de trabajo o una revaluación de su incapacidad permanente parcial.
  - **CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN**. Anote el número de la Clave Única de Registro de Población (que consta de diecho dígitos), de los trabajadores que sufrieron accidentes y/o enfermedades de trabajo.
  - **NOMBRE DEL ASEGURADO**. Registre el nombre del asegurado a quien corresponde el número de seguridad social del punto anterior (indicando con primer y segundo apellido y número(s)).
  - **FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO**. Anote el día en que ocurrió el accidente de trabajo o, a partir de la cual el trabajador haya quedado incapacitado con motivo de una enfermedad de trabajo. Utilice números arábigos (cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día). Ejemplo:

AÑO MES DÍA  
2016 01 04

Tratándose de recidiva o revaluación, la fecha a registrar, será precisamente la que determina tales circunstancias de hecho, no se considerará la fecha en que ocurrió el accidente o la enfermedad de trabajo que le dio origen.

- **TIPO DE RIESGO**. Registre la clase de riesgo que corresponde a un accidente de trabajo y 5 si se trata de una enfermedad de trabajo.
- **DÍAS SUBSIDIADOS**. Anote la suma de los días subsidiados por riesgos de trabajo, otorgados a los trabajadores que sufrieron un accidente o enfermedad de trabajo. En esta renglón se incluyen, también, los días subsidiados por recidivas que sufren los trabajadores. La información se obtendrá sumando el total de días amparados por certificados de incapacidad temporal.

**Contacto:**  
Pasaje de la Reforma 476 P.B.  
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
C.P. 06671, CDMX  
Tel. 800 625 23 23  
<http://www.imss.gob.mx/contacto>

Página 2 de 4

para el trabajo otorgados al trabajador con motivo del accidente o enfermedad de trabajo, así como por recargo.  
 - PORCENTAJE DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O TOTAL. Se mide el porcentaje de valoración otorgado, como incapacidad permanente (parcial o total), con motivo de las secuelas originadas por un accidente o enfermedad de trabajo.  
 Toda clase de una valoración, se registrará la diferencia que resulta entre el porcentaje de incapacidad permanente que se otorga con motivo de la valoración determinada y la valoración otorgada con anterioridad.  
 - DEFUNCIÓN. Ante la letra "D" si se trata de un accidente o enfermedad de trabajo que produjo la muerte del trabajador.  
 - CLASIFICACIÓN. Registre la fecha de alta médica derivada del accidente o enfermedad de trabajo ocurrido al trabajador, conforme a lo establecido en el artículo 2 (fracción VII del Reglamento de la Ley del Seguro Social) en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Reevaluación y Finalización, utilizando números arábigos (cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día). Ejemplo:  
 AÑO MES DÍA  
 2006 08 21

**CASOS PRÁCTICOS PARA EL DESARROLLO DE LA FÓRMULA DE LA PRIMA.**  
**PASO 1. Conceptos, variables y cifras.** Con los datos correspondientes de una empresa (Con o Sin Acreditación de la STPS), ubicada en Clase IV, Fracción 309, con una prima anterior:

CONCEPTOS	VARIABLES	CIFRAS	
		CON ACREDITACIÓN DE LA STPS	SIN ACREDITACIÓN DE LA STPS
Total de los días subsiguientes a causa de incapacidad temporal	S	494	484
Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes parciales y totales, divididos entre 100.	I	0.00	0.00
Número de defunciones.	D	0	0
Número de trabajadores promedio sujetos al riesgo.	N	143.0	143.0
Platace promedio de ventas activas.	V	40	20
Factor de prima.	F	2.2	2.2
Prima mínima.	M	0.005	0.005
Número de días cotización del año.		365	365

**PASO 2.- Sustituir valores en la fórmula y efectuar operaciones, redondeando a ocho decimales.**

CON ACREDITACIÓN DE LA STPS	SIN ACREDITACIÓN DE LA STPS
$PRIMA = \left[ \frac{S}{N} \right] + V * (I+D) * (F) * M$ $= \left[ \frac{494}{143} \right] + 40 * (0.00+0) * 2.2 * (0.005)$ $= \left[ 3.454545 \right] + 88 * (0.00) * (2.2 * 0.005)$ $= \left[ 3.454545 + 0.968 \right] * (2.2 * 0.005)$ $= \left[ 4.422545 \right] * 0.00968$ $= 0.04280633$	$PRIMA = \left[ \frac{S}{N} \right] + V * (I+D) * (F) * M$ $= \left[ \frac{484}{143} \right] + 20 * (0.00+0) * 2.2 * (0.005)$ $= \left[ 3.384615 \right] + 88 * (0.00) * (2.2 * 0.005)$ $= \left[ 3.384615 + 0.968 \right] * (2.2 * 0.005)$ $= \left[ 4.352615 \right] * 0.00968$ $= 0.04190480$

**PASO 3. Conversión a porcentaje.** Las primas así obtenidas se encuentran expresadas en número reales. Para expresarlo en por ciento, la cantidad obtenida de la aplicación de la fórmula, debe multiplicarse por 100, redondeando a cinco decimales, por lo tanto los cifras resultantes serían:

CON ACREDITACIÓN DE LA STPS	SIN ACREDITACIÓN DE LA STPS
PRIMA EN POR CIENTO = 0.04280633 X 100 = 0.004280633 % (para comparar con la prima anterior)	PRIMA EN POR CIENTO = 0.04190480 X 100 = 0.004190480 % (para comparar con la prima anterior)

**PASO 4.- comparación con la prima del periodo anterior.**

- a) Compare la prima en por ciento, obtenida según sea el caso, Con Acreditación: 0.004280633% o Sin Acreditación: 0.004190480 %, como resultado de aplicar la fórmula del artículo 72 de la Ley del Seguro Social, contra la prima con la que cotizó en el periodo anterior 0.018550 %.
- b) Si, como en estos casos, las primas calculadas aplicando la fórmula del artículo 72 de la Ley del Seguro Social, resultan inferiores a la prima del periodo anterior, éstas deberán disminuir sin exceder del 1%.
- c) Los límites anuales para incremento o disminución de la prima del periodo anterior, en estos casos son:

	Límite anual superior de incremento (1%)	04.3340
Prima del periodo anterior		01.8550
	Límite anual inferior de disminución (1%)	02.1850

- d) Como en estos casos las primas calculadas exceden el límite inferior (el límite del 1%), no podrán aplicarse éstas en forma directa.
- e) Para estos casos en particular, la NUEVA PRIMA CON QUE COTIZARÁ la empresa será 02.1850 % que corresponde a la disminución del 1%.  
 Nota: que la NUEVA PRIMA CON QUE COTIZARÁ la empresa, corresponde a un valor inferior a la prima media de Clase IV (02.5840 %) y la empresa se encuentra ubicada en Clase IV.

La cuota que se debe cubrir para el Seguro de Riesgos de Trabajo se calcula como sigue:  
 Cuota de RT = Nueva Prima de Cotización en 41 x suma de los Salarios Base de Cotización / 100  
 Cuota de RT = 02.1850 x suma de los Salarios Base de Cotización / 100

**Nota:** La suma de los Salarios Base de Cotización se constituye con todos los salarios integrados de todos los trabajadores de una empresa por el periodo que se paga.  
 En el supuesto de que la prima resultante, calculada con la fórmula del artículo 72 de la Ley del Seguro Social, hubiera sido de 0.55480 % (superior a la prima del periodo anterior pero dentro de los límites anuales de incremento o disminución), esta misma prima resultante habría sido la NUEVA PRIMA CON QUE COTIZARÍA la empresa.

(R.- 546801)