INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SERVICIOS DE AFILIACION-VIGENCIA DE DERECHOS

AVISO DE INSCRIPCION DEL TRABAJADOR

PREAFILIACION

NUMERO DE REGISTRO PATRONAL (10 DIGITOS) DIG. VER.

INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES

AFIL-02

I.M.S.S. CLAVE DE ARGUMENTO

TIPO DE CONTRATACION DEL TRABAJADOR: PERMANENTE 1 | EVENTUAL 2 | EVENTUAL CONST. 3

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR (10 DIGITOS) 3702 83 0997 1 DIG. VER.

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR (SIN ABREVIATURAS)

APELLIDO PATERNO: GUTIERREZ | APELLIDO MATERNO: MONTIEL | NOMBRE(S): ESPERANZA VERONICA

SALARIO BASE DE COTIZACION $ —c—

TIPO DE SALARIO: FIJO 0 | VARIABLE 1 | MIXTO 2

EXCLUSIVO IMSS

FECHA DE INGRESO AL TRABAJO —c—

D DIA (2 DIG.) MES (2 DIG.) AÑO (4 DIG.)

SEXO: MASC. 1 | FEM. 2 X

EN CASO DE JORNADA O SEMANA REDUCIDA ANOTAR LOS DIAS QUE LABORA O EL HORARIO

OCUPACION DEL TRABAJADOR

FECHA Y HORA DE RECEPCION DE ESTE AVISO EN EL IMSS

LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO): D.F.

FECHA DE NACIMIENTO: 11-03-83

NOMBRE DEL PADRE (AUN FINADO)

NOMBRE DE LA MADRE (AUN FINADA)

U. M. F. —c—

DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y/O MANZANA | NUMERO | COLONIA Y/O POBLACION | MUNICIPIO | ENTIDAD | C.P.

NOMBRE, DENOMINACION, RAZON SOCIAL DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO

UBICACION DEL CENTRO DE TRABAJO: CALLE Y/O MANZANA | NUMERO | COLONIA Y/O POBLACION | MUNICIPIO | ENTIDAD | C.P.

EXTEMPORANEO 1

FIRMA DEL PATRON, SUJETO OBLIGADO O SU REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA O HUELLA DEL TRABAJADOR

LOS MOVIMIENTOS QUE AMPARA ESTE FORMATO SURTEN EFECTO TANTO PARA EL IMSS COMO PARA EL INFONAVIT CONFORME A SUS RESPECTIVAS LEYES.

CAPTURA/AVISOS ORIGINALES

CONSERVE ESTE DOCUMENTO PARA CUALQUIER ACLARACION.

LLENESE A MAQUINA O LETRA DE MOLDE

REG. PATRONAL 910 48475 19-3

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTOS FORMATOS CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS LEYES APLICABLES

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA: Cma 28

NIVEL ATENCION: X 2 3

DELEGACION: DEL 3

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE: JP 649187

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR: 3 7 0 2 8 3 0 9 9 7 1

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION

DELEGACION DE ADSCRIPCION

NOMBRE DEL (LOS) PATRONES

PUESTO DE TRABAJO: RECEPCIONISTA

CURP

INICIAL 2 | SUBS. 3 | TRIPLICA 1 | X

DIAS AUTORIZADOS (LETRA) | NUMERO | A PARTIR DEL: DIA | MES | AÑO

APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO: Gutierrez Montiel Esperanza Veronica | SEXO: M-1 | F-2

RAMO DE SEGURO: RIESGO DE TRABAJO | ENFERMEDAD X | MATERNIDAD | CONTROL MATERNIDAD

EXPEDIDO EL: DIA | MES | AÑO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

MEDICO TRATANTE: Víctor M. Soriano Hernández

MATRICULA: 11758996

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA

PROBABLE INICIO DE TRABAJO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

DIAS POSIBLES DE INCAPACIDAD

Verifique que su número de seguridad social esté correctamente anotado.

El incapacitado tiene derecho a subsidio:

a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.

b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional, a partir del 4o. día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.