

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

Aviso de Modificación de Salario del Trabajador (AFIL-03)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Fecha de publicación del formato en el DOF</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> 31 / 07 / 2015 <small>DD MM AAAA</small> </td> </tr> </table>	Fecha de publicación del formato en el DOF	31 / 07 / 2015 <small>DD MM AAAA</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Fecha de solicitud del trámite</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> / / <small>DD MM AAAA</small> (*) Datos Opcionales </td> </tr> </table>	Fecha de solicitud del trámite	/ / <small>DD MM AAAA</small> (*) Datos Opcionales																																
Fecha de publicación del formato en el DOF																																					
31 / 07 / 2015 <small>DD MM AAAA</small>																																					
Fecha de solicitud del trámite																																					
/ / <small>DD MM AAAA</small> (*) Datos Opcionales																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Datos generales del asegurado</th> </tr> <tr> <td>Número de Seguridad Social:</td> </tr> <tr> <td>CURP:</td> </tr> <tr> <td>*RFC:</td> </tr> <tr> <td>Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small></td> </tr> <tr> <td>Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small></td> </tr> <tr> <td>Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small></td> </tr> <tr> <td>Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer</td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento: / / <small>DD MM AAAA</small></td> </tr> <tr> <td>Lugar de nacimiento: (Estado) Ocupación del trabajador:</td> </tr> <tr> <td>En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario:</td> </tr> <tr> <td>Salario base de cotización anterior: \$</td> </tr> <tr> <td>Salario base de cotización: \$</td> </tr> <tr> <td>Tipo de contratación: <input type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input type="radio"/> 3 Eventual Construcción </td> </tr> <tr> <td>Tipo de Salario: <input type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto </td> </tr> <tr> <td>Fecha de la modificación: / / <small>DD MM AAAA</small></td> </tr> <tr> <td style="height: 100px; vertical-align: bottom;"> _____ Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo) </td> </tr> <tr> <td style="height: 100px; vertical-align: bottom;"> _____ Firma o huella del trabajador </td> </tr> </table>	Datos generales del asegurado	Número de Seguridad Social:	CURP:	*RFC:	Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small>	Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small>	Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer	Fecha de nacimiento: / / <small>DD MM AAAA</small>	Lugar de nacimiento: (Estado) Ocupación del trabajador:	En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario:	Salario base de cotización anterior: \$	Salario base de cotización: \$	Tipo de contratación: <input type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input type="radio"/> 3 Eventual Construcción	Tipo de Salario: <input type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto	Fecha de la modificación: / / <small>DD MM AAAA</small>	_____ Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo)	_____ Firma o huella del trabajador	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Datos del patrón</th> </tr> <tr> <td>Número de Registro Patronal:</td> </tr> <tr> <td>CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física):</td> </tr> <tr> <td>RFC:</td> </tr> <tr> <td>Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado:</td> </tr> <tr> <td><small>En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Ubicación del centro de trabajo</th> </tr> <tr> <td>Código postal:</td> </tr> <tr> <td>Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small></td> </tr> <tr> <td>Número exterior: Número Interior:</td> </tr> <tr> <td>Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small></td> </tr> <tr> <td>*Localidad:</td> </tr> <tr> <td>Municipio o Delegación:</td> </tr> <tr> <td>Estado o Distrito Federal:</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Exclusivo del IMSS</th> </tr> <tr> <td>Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:</td> </tr> <tr> <td>Extemporáneo: <input type="radio"/> 1 Clave de argumento:</td> </tr> <tr> <td>Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.</td> </tr> </table>	Datos del patrón	Número de Registro Patronal:	CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física):	RFC:	Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado:	<small>En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	Ubicación del centro de trabajo	Código postal:	Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>	Número exterior: Número Interior:	Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>	*Localidad:	Municipio o Delegación:	Estado o Distrito Federal:	Exclusivo del IMSS	Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:	Extemporáneo: <input type="radio"/> 1 Clave de argumento:	Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.
Datos generales del asegurado																																					
Número de Seguridad Social:																																					
CURP:																																					
*RFC:																																					
Nombre(s): <small>Sin abreviaturas</small>																																					
Primer apellido: <small>Sin abreviaturas</small>																																					
Segundo apellido: <small>Sin abreviaturas</small>																																					
Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer																																					
Fecha de nacimiento: / / <small>DD MM AAAA</small>																																					
Lugar de nacimiento: (Estado) Ocupación del trabajador:																																					
En caso de jornada o semana reducida anotar los días que labora o el horario:																																					
Salario base de cotización anterior: \$																																					
Salario base de cotización: \$																																					
Tipo de contratación: <input type="radio"/> 1 Permanente <input type="radio"/> 2 Eventual <input type="radio"/> 3 Eventual Construcción																																					
Tipo de Salario: <input type="radio"/> 0 Fijo <input type="radio"/> 1 Variable <input type="radio"/> 2 Mixto																																					
Fecha de la modificación: / / <small>DD MM AAAA</small>																																					
_____ Firma del patrón, sujeto obligado o su representante legal (anotar cargo)																																					
_____ Firma o huella del trabajador																																					
Datos del patrón																																					
Número de Registro Patronal:																																					
CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física):																																					
RFC:																																					
Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado:																																					
<small>En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>																																					
Ubicación del centro de trabajo																																					
Código postal:																																					
Calle: <small>Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>																																					
Número exterior: Número Interior:																																					
Colonia: <small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>																																					
*Localidad:																																					
Municipio o Delegación:																																					
Estado o Distrito Federal:																																					
Exclusivo del IMSS																																					
Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:																																					
Extemporáneo: <input type="radio"/> 1 Clave de argumento:																																					
Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.																																					

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

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

A los patrones

Para la integración del salario considere los arts. 27, 28, 29, 30 y 32 de la Ley del Seguro Social y el artículo 29 de la Ley del INFONAVIT.

Recuerde, cada vez que la comisión nacional de los salarios mínimos establezca nuevos salarios mínimos generales, el IMSS operará en forma automática las modificaciones de salario mínimo de los trabajadores de conformidad con el artículo 55 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

Importante

Trabajador: En caso de cambio de domicilio comuníquelo al IMSS a través de la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción o a través del portal www.imss.gob.mx

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-009
- IMSS-02-038-A

Homoclave del formato

AFIL-03

Se presenta por triplicado