

**Aviso de Baja del Trabajador (AFIL-04)**

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

UMF	Fecha de solicitud del trámite
	DD / MM / AAAA

(\*) Datos Opcionales

Datos generales del trabajador o 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 baja del trabajador asegurado: / MM / AAAA <small>Último día de salario devengado</small>	
Causa de la baja:	
Firma del patrón sujeto obligado o su representante legal	
<small>Los movimientos que ampara este formato surten efecto tanto para el IMSS como para el INFONAVIT conforme a sus respectivas leyes. Conserve este documento para cualquier aclaración.</small>	

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 Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.</small>	
Número exterior:	Número Interior:
Colonia:	
<small>Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.</small>	
*Localidad:	
Municipio o Alcaldía:	
Estado:	
Exclusivo del IMSS	
Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:	
Extemporáneo: <small>Aplicación Art. 37LSS</small>	<input type="radio"/> 1 Clave de argumento:

**Importante para el patrón**

Durante el estado de huelga no procederá el aviso de baja, salvo en caso de que el trabajador reúna los requisitos para obtener una pensión.  
 El aviso de baja no surtirá efecto legal o administrativo alguno cuando se presente en el periodo en que el trabajador se encuentre incapacitado temporalmente para el trabajo.  
 Si el aviso de baja es presentado extemporáneamente surtirá efectos a partir de la fecha de su presentación (artículo 37 de la Ley del Seguro Social y artículo 57 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización).

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-02-002-J     IMSS-02-002-K     IMSS-02-009  
 IMSS-02-038-C     IMSS-02-013

Homoclave del formato

AFIL-04

**Se presenta por triplicado**

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



**GOBIERNO DE MÉXICO**



**Contacto:**

Paseo de la Reforma 476, P.B.  
 Col. Juárez, Cuauhtémoc  
 C.P. 06600, CDMX  
 Tel. 01 800 623 23 23  
<http://atencion.contactoimss.com.mx>