Instituto Mexicano del Seguro Social

Factura de Movimientos Afiliatorios Presentados mediante Dispositivo Electrónico en el Sistema de Acopio Interactivo de Información Afiliatoria (SAIIA-01)

Homoclave del trámite
IMSS-02-009
Homoclave del formato
SAIIA-01

Fecha de solicitud del trámite
/ /   DD MM AAAA
Delegación:
Subdelegación:

Nombre o razón social del patrón o sujeto obligado:

Número de Registro Patronal:

Como resultado de los movimientos presentados en el dispositivo electrónico, se consideran como operados: _____ y erróneos: _____, mismos que se entregan en dispositivo electrónico, así como el reporte de cifras control. Los movimientos erróneos no se consideran como recibidos.

	Exclusivo del IMSS
	Fecha y hora de recepción:
Firma de conformidad del patrón o su representante	

Se presenta por duplicado

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