

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

## Aviso de Registro Patronal Personas Físicas en el Régimen Obligatorio

|                                            |
|--------------------------------------------|
| Homoclave del formato                      |
| ARP-PF                                     |
| Fecha de publicación del formato en el DOF |
| 10 / 11 / 2015<br>DD MM AAAA               |

|                        |
|------------------------|
| Folio                  |
| 1634232472721615058081 |

|                                      |                |                                                          |                |
|--------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------|----------------|
| Fecha de presentación de este aviso: | 18 / 10 / 2021 | Fecha a partir de la cual surte efectos este movimiento: | 18 / 10 / 2021 |
|                                      | DD / MM / AAAA |                                                          | DD / MM / AAAA |

### Datos generales del patrón o sujeto obligado

|                                                         |                          |                         |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Nombre(s): HERIBERTO                                    | Primer apellido: MENDOZA | Segundo apellido: ORTIZ |
| Nombre comercial: DESPACHO JURÍDICO MENDOZA Y ABOGADOS. |                          |                         |
| CURP: MEOH820822HMCNRR04                                | RFC: MEOH8208229K2       |                         |

Domicilio fiscal

|                                                                                                                                        |  |                                         |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|------------------------|
| Calle: HIDALGO<br><small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>              |  | Número exterior: 515                    | Número interior: ----- |
| Entre que calles: SINALOA                                                                                                              |  | Calle posterior: SONORA                 |                        |
| Colonia: SANTA MARIA TULPETLAC<br><small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> |  | Localidad: SANTA MARIA TULPETLAC        |                        |
| Municipio o Delegación: ECATEPEC DE MORELOS                                                                                            |  | Estado o Distrito Federal: MEXICO       | Código postal: 55400   |
| Teléfono fijo (lada y número):<br>-----                                                                                                |  | Teléfono fijo (lada y número):<br>----- |                        |
| Correo electrónico: beto_meort@hotmail.com                                                                                             |  |                                         |                        |

## Representante legal

|                                               |                           |                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Presenta poder:                               |                           | Sí <input type="checkbox"/> |
| Nombre (s):<br>_____                          | Primer apellido:<br>_____ | Segundo apellido:<br>_____  |
| RFC: _____                                    |                           | CURP: _____                 |
| Teléfono fijo (lada, número y ext.):<br>_____ |                           | Teléfono móvil:<br>_____    |
| Correo electrónico: _____                     |                           |                             |

Datos del centro de trabajo por el que solicita el registro patronal

## Domicilio

|                                                                                                 |                                        |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <p><b>Nombre:</b> _____</p>                                                                     |                                        |                                          |
| <p><b>Calle:</b><br/>11 HIDALGO SUR</p>                                                         | <p><b>Número exterior:</b><br/>515</p> | <p><b>Número interior:</b><br/>_____</p> |
| <p>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</p> |                                        |                                          |

*"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

|                                                                                                                         |                                              |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| Entre que calles: SONORA                                                                                                | Calle posterior: SINALOA                     |                         |
| Colonia: SANTA MARÍA TULPETLAC<br>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.) | Localidad: ECATEPEC DE MORELOS               |                         |
| Municipio o Delegación:<br>ECATEPEC DE MORELOS                                                                          | Estado o Distrito Federal:<br>MÉXICO         | Código postal:<br>55400 |
| Teléfono fijo (lada y número):<br>5548925488                                                                            | Teléfono fijo (lada y número):<br>5510122128 |                         |
| Correo electrónico: beto_meort@hotmail.com                                                                              |                                              |                         |

Datos de las personas autorizadas para presentar avisos de afiliación (hasta 3)

Persona autorizada 1

|                                      |                        |                         |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Nombre (s): _____                    | Primer Apellido: _____ | Segundo Apellido: _____ |
| RFC: _____                           |                        | CURP: _____             |
| Teléfono fijo (lada y número): _____ | Ext. _____             | Teléfono móvil: _____   |
| Correo electrónico: _____            |                        |                         |

Persona autorizada 2

|                                      |                           |                            |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Nombre (s):<br>_____                 | Primer Apellido:<br>_____ | Segundo Apellido:<br>_____ |
| RFC: _____                           |                           | CURP: _____                |
| Teléfono fijo (lada y número): _____ | Ext. _____                | Teléfono móvil: _____      |
| Correo electrónico: _____            |                           |                            |

Persona autorizada 3

|                                      |                           |                            |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Nombre (s):<br>_____                 | Primer Apellido:<br>_____ | Segundo Apellido:<br>_____ |
| RFC: _____                           |                           | CURP: _____                |
| Teléfono fijo (lada y número): _____ | Ext. _____                | Teléfono móvil: _____      |
| Correo electrónico: _____            |                           |                            |

Clasificación de la actividad económica para el registro en el Seguro de Riesgos de Trabajo, manifestada por el patrón

|                                                                             |                                                                           |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Especificar su giro:                                                        | ASESORIA Y SEGUIMIENTO DE TODO TIPO DE ASUNTOS JURIDICO Y ADMINISTRATIVOS |                          |
| Empresa de servicios especializados o de ejecución de obras especializadas: | <input checked="" type="radio"/> No                                       | <input type="radio"/> Si |

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, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 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                                                                     |         |
| División:          | 8     | SERVICIOS PARA EMPRESAS, PERSONAS Y EL HOGAR                                    |         |
| Grupo:             | 84    | SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS                                              |         |
| Fracción:          | 841   | COMPRENDE A LAS EMPRESAS QUE PRESTAN SERVICIOS PROFESIONALES Y/O TÉCNICOS COMO: |         |
| Clase de riesgo: I |       | Prima media del SRT:                                                            | 0.54355 |

Datos de la actividad económica que declaró

| Principales productos elaborados o servicios prestados  |       |
|---------------------------------------------------------|-------|
| ASESORÍA Y SEGUIMIENTO DE TODO TIPO DE ASUNTOS JURÍDICO | ----- |
| -----                                                   | ----- |
| -----                                                   | ----- |
| -----                                                   | ----- |
| -----                                                   | ----- |

| Principales materias primas y materiales utilizados  |       |
|------------------------------------------------------|-------|
| LEYES Y PAPELERÍA EN GENERAL, SERVICIO DE INTERNET Y | ----- |
| -----                                                | ----- |
| -----                                                | ----- |
| -----                                                | ----- |
| -----                                                | ----- |

| Maquinaria y equipo utilizado [excepto equipo de transporte] |                     |          |                                                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|----------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Número de Unidades                                           | Nombre              | Uso      | No motorizados/ Motorizados no automatizados/ Automatizados/ Otros | Capacidad o Potencia |
| 2                                                            | COMPUTADORA LAP TOP | ESCRITOS | OTROS                                                              | 100 WATTS            |
| -----                                                        | -----               | -----    | -----                                                              | -----                |
| -----                                                        | -----               | -----    | -----                                                              | -----                |
| -----                                                        | -----               | -----    | -----                                                              | -----                |
| -----                                                        | -----               | -----    | -----                                                              | -----                |

| Equipo de transporte utilizado |               |               |                         |                      |
|--------------------------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------------|
| Número de Unidades             | Nombre        | Uso           | Combustible o energía   | Capacidad o Potencia |
| NO CUENTA CON                  | NO CUENTA CON | NO CUENTA CON | NO CUENTA CON EQUIPO DE | NO CUENTA CON        |
| -----                          | -----         | -----         | -----                   | -----                |
| -----                          | -----         | -----         | -----                   | -----                |
| -----                          | -----         | -----         | -----                   | -----                |
| -----                          | -----         | -----         | -----                   | -----                |



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

Firma del patrón y acuse de recibo

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Firma del patrón o de su representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Acuse de recibo<br>(Para uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |
| Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este formato son ciertos:<br><br>HERIBERTO MENDOZA ORTIZ<br><br>R. F. C.: MEOH8208229K2<br><br>C.U.R.P.: MEOH820822HMCNRR04<br><br><hr/> <b>Nombre y firma del patrón o de su representante legal</b><br><br>En su caso, firma electrónica conforme a lo establecido por el Instituto Mexicano del Seguro Social. | <b>Registro patronal:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | C3558565107              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Delegación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ESTADO DE MEXICO ORIENTE |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Subdelegación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ECATEPEC                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Matrícula del empleado que recibe el formato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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 aquéllos que modifiquen la actividad. |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TRÁMITE NO PRESENCIAL<br>CONCLUIDO CON FIEL SAT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- ☐ IMSS-02-001-A
- ☐ IMSS-02-001-B
- ☐ IMSS-02-001-F

- ☐ IMSS-02-001-A
- ☐ IMSS-02-001-B
- ☐ IMSS-02-001-F

**Cadena Original:** ||Invocante:portalimssdigital|Tramite:ALTA PATRONAL E INSCRIPCIÓN EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO  
SRT|Fecha:18 de octubre 2021, 13:04:24|Folio:1634232472721615058081|RFC:MEOH8208229K2|Nombre o  
Razon Social:HERIBERTO MENDOZA ORTIZ|CURP:MEOH820822HMCNRR04|Registro Patronal:C3558565107||

**Sello Digital:** pQt7KLQmi856stBTJHBntPvMk3OQfaUA69AXZdkcMge8LsqfWxlvI1HMONfQKHdqRmuZSoT01UUPoDWqRvihHK/IdC05weFL7EuMZFN1azyVegMaL91rOdip7046eeeq/ZAC3xhNUB3x4Yft7ODOnban1d5I4XOqwYiJuoW5MUyRGoms2U

**Secuencia Notarial:** 8dad2266-b9b2-4f31-b683-2bb80134ceed

Número de Serie: 0000000000000000000001