

Aviso de Baja del Trabajador (AFIL-04)

Fecha de publicación del formato en el DOF		UMF		Fecha de solicitud del trámite	
DD / MM / AAAA				DD / MM / AAAA	
Datos generales del trabajador o asegurado		Datos del patrón			
Número de Seguridad Social:		Número de Registro Patronal:			
CURP:		CURP (Sólo en caso de Patrón Persona Física):			
*RFC:		RFC:			
Nombre(s): Sin abreviaturas		Nombre, denominación, razón social del patrón o sujeto obligado:			
Primer apellido: Sin abreviaturas		En caso de persona física (sin abreviaturas): Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
Segundo apellido: Sin abreviaturas		Ubicación del centro de trabajo			
Sexo: <input type="radio"/> 1 Hombre <input type="radio"/> 2 Mujer		Código postal:			
Fecha de baja del trabajador asegurado: Último día de salario devengado DD / MM / AAAA		Calle:			
Causa de la baja:		Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.			
		Número exterior:		Número Interior:	
		Colonia:			
		Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.			
		*Localidad:			
		Municipio o Alcaldía:			
		Estado:			
		Exclusivo del IMSS			
Firma del patrón sujeto obligado o su representante legal		Fecha y hora de recepción de este aviso en el IMSS:			
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.		Extemporáneo: <input type="radio"/> 1		Clave de argumento:	
		Aplicación Art. 37LSS			

(*) Datos Opcionales

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

**GOBIERNO DE
MÉXICO**

**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>