

Instituto Mexicano del Seguro Social

Factura de Movimientos Afiliatorios Presentados mediante Dispositivo Magnético 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 magnético, se consideran como operados: _____ y erróneos: _____, mismos que se entregan en disquete, así como el reporte de cifras control. Los movimientos erróneos no se consideran como recibidos.

<p>_____ Firma de conformidad del patrón o su representante</p>	Exclusivo del IMSS
	<p>Fecha y hora de recepción:</p>

Se presenta por duplicado