Dictamen para efectos del Seguro Social

Atestiguamientos: Cuotas pagadas al Instituto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Homoclave del trámite | | Homoclave del formato | |
| IMSS-02-087 | | FF-IMSS-035 | |
| Datos generales del patrón | | | |
| Nombre, denominación o razón social: | RFC: | | Ejercicio o periodo a dictaminar:  Del Al |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Deberá responder todos los atestiguamientos y en caso de indicar “No” mencionar las observaciones que estime necesarias. | | |
| Evidencia del examen y atestiguamiento | | |
|
| 1. ¿Obtuvo la evidencia comprobatoria suficiente para realizar el examen y atestiguamiento de las cuotas obrero patronales enteradas al Instituto? | | |
|
| Sí | No | Observaciones |
|
| Determinación y entero de cuotas obrero patronales | | |
| 1. ¿El patrón cumplió razonablemente con la obligación de determinar correctamente las cuotas obrero patronales a su cargo? | | |
| Sí | No | Observaciones |
| 1. ¿El patrón cumplió razonablemente con la obligación de retener y enterar las cuotas obrero patronales al Instituto? | | |
| Sí | No | Observaciones |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | | | |  | Contacto:  Paseo de la Reforma 476, P.B.  Col. Juárez, Delegación  Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.  Tel. 01 800 623 23 23  [http://atencion.contactoimss.com.mx](http://atencion.contactoimss.com.mx/) | | |  | Hoja 1 de | | | |

|  |
| --- |
|  |
| Nombre y firma del contador público autorizado |