gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dictamen para efectos del Seguro Social
Atestiguamientos: Balanza de comprobación

Homoclave del trámite	Homoclave del formato
IMSS-02-087	FF-IMSS-040

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 sobre la balanza de comprobación?		
◯ Sí	◯ No	Observaciones
Registro en la contabilidad del patrón de conceptos pagados		
2. ¿Los conceptos pagados a los trabajadores integrados al salario base de cotización fueron debidamente registrados en la contabilidad?		
◯ Sí	◯ No	Observaciones
3. ¿Los conceptos pagados a los trabajadores no integrados al salario base de cotización fueron debidamente registrados en la contabilidad?		
◯ Sí	◯ No	Observaciones

Nombre y firma del contador público autorizado

GOBIERNO DE MÉXICO

IMSS

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez Cuauhtémoc
C.P. 06600 Ciudad de México
Tel. 01 800 623 23 23