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 | | |
| 1. ¿Los conceptos pagados a los trabajadores integrados al salario base de cotización fueron debidamente registrados en la contabilidad? | | |
| Sí | No | Observaciones |
| 1. ¿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 |