

Instituto Mexicano del Seguro Social

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

2. ¿El patrón cumplió razonablemente con la obligación de determinar correctamente las cuotas obrero patronales a su cargo?

☐ Sí☐ No

Observaciones

3. ¿El patrón cumplió razonablemente con la obligación de retener y enterar las cuotas obrero patronales al Instituto?

☐ Sí☐ No

Observaciones

Nombre y firma del contador público autorizado**GOBIERNO DE
MÉXICO**

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