

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dictamen para efectos del Seguro Social
Atestiguamientos: Otros aspectos

Homoclave del trámite		Homoclave del formato	
IMSS-02-087		FF-IMSS-042	
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.

Días de descanso pagados

1. ¿Las cantidades pagadas en efectivo o depositadas en la cuenta de los trabajadores por concepto de días de descanso semanal u obligatorio laborados, se integraron al salario base de cotización?

Si No Observaciones

Movimientos afiliatorios de los trabajadores

2. ¿Existen transferencias o bajas masivas de trabajadores del patrón dictaminado a otras empresas o unidades económicas relacionadas?

Si No Observaciones

3. En caso de existir las anteriores transferencias o bajas de trabajadores ¿se realizaron manteniendo la antigüedad, el salario base de cotización y prima de riesgo?

Si No Observaciones No aplica

4. ¿Existen altas o reingresos y bajas por temporada de trabajadores, ya sea por parte del patrón dictaminado o de los prestadores de servicios o beneficiarios con los que haya contratado?

Si No Observaciones

5. En caso de existir las anteriores altas o reingresos y bajas de trabajadores, ¿existen pagos a los trabajadores en el periodo que estuvieron dados de baja?

Si No Observaciones No aplica

6. ¿La pérdida de base de cotización por conceptos variables derivada de la baja de trabajadores ante el Instituto, efectuada por el patrón dictaminado, ocurrió efectivamente por la conclusión de la relación laboral?

Si No Observaciones No aplica

Artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación

7. ¿Existen proveedores de servicios contratados por el patrón que se encuentran en el supuesto establecido en el artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación?

Si No Observaciones

Nombre y firma del contador público autorizado