

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 <input type="text"/> Al <input type="text"/>

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

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>

Nombre y firma del contador público autorizado

Hoja 1 de