

Dictamen para efectos del Seguro Social
Atestiguamientos: Clasificación de empresas

Homoclave del trámite		Homoclave del formato	
IMSS-02-087		FF-IMSS-039	
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 clasificación de la empresa?

Sí

No

Observaciones

2. ¿El patrón proporcionó todos los elementos suficientes para que Usted se pronuncie respecto de la correcta clasificación de la empresa para efectos de la determinación y pago de la prima en el seguro de riesgos de trabajo?

Sí

No

Observaciones

Bienes, maquinaria, equipo, personal y actividades complementarias

3. ¿Los bienes o servicios elaborados o prestados por el patrón corresponden a la actividad en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

Sí

No

Observaciones

4. ¿La materia prima que utilizó el patrón en sus procesos corresponden a la actividad en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

Sí

No

Observaciones

5. ¿La maquinaria y equipo de trabajo que utilizó el patrón en sus procesos corresponden a la actividad en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

Sí

No

Observaciones

6. ¿El equipo de transporte utilizado está considerado en la fracción en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

Sí

No

Observaciones

No aplica

7. ¿El oficio u ocupación del personal empleado por el patrón guarda relación con la actividad en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

Sí

No

Observaciones

8. ¿Las actividades complementarias a la que efectúa el patrón se encuentran contempladas en la fracción en la que se clasificó (distribución, instalación o almacenaje)?

Sí

No

Observaciones

No aplica

Información declarada por el patrón ante el Instituto

9. Si el patrón es una empresa prestadora de servicios de personal, ¿la clasificación declarada por el patrón corresponde a la actividad más riesgosa que desarrollan sus trabajadores?

Sí

No

Observaciones

No aplica

10. ¿El patrón consideró la analogía o similitud al momento de elegir la fracción en la cual se encuentra clasificado?

Sí

No

Observaciones

No aplica

11. Con base en los elementos proporcionados por el patrón, ¿éste se encuentra ubicado en la clase y fracción que le corresponde de acuerdo al catálogo de actividades para la clasificación de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo, contenido en el Reglamento del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización?

Sí

No

Observaciones

Recursos interpuestos contra la rectificación de la clasificación

12. ¿El patrón presentó escrito de desacuerdo o medio de defensa en contra de alguna resolución del Instituto de rectificación de la clasificación de la empresa?

Sí

No

Observaciones

No aplica

Seguro de gastos médicos mayores

13. ¿El patrón otorgó a sus trabajadores seguro de gastos médicos mayores?

Sí

No

Observaciones

Nombre y firma del contador público autorizado