

Instituto Mexicano del Seguro Social

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

2. ¿Los conceptos pagados a los trabajadores integrados al salario base de cotización fueron debidamente registrados en la contabilidad?

Sí
  No
 Observaciones

3. ¿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