Dictamen para efectos del Seguro Social

Atestiguamientos: Pagos a personas físicas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Homoclave del trámite | | Homoclave del formato | |
| IMSS-02-087 | | FF-IMSS-036 | |
| 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 los pagos efectuados a personas físicas? | | | |
|
| Sí | No | Observaciones | |
|
| Análisis de la contratación | | | |
| 1. ¿La contratación de personas físicas por honorarios cumplió razonablemente con las condiciones para que dichas personas no sean consideradas sujetas de aseguramiento al régimen obligatorio del Seguro Social en términos de la Ley del Seguro Social? | | | |
| Sí | No | Observaciones | No aplica |
| 1. ¿Las actividades realizadas por las personas físicas en el ejercicio dictaminado son esporádicas? | | | |
| Sí | No | Observaciones | No aplica |
|  | | | |

|  |
| --- |
|  |
| Nombre y firma del contador público autorizado |