

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dictamen para efectos del Seguro Social
 Atestiguamientos: Prestación de servicios de personal y/o de servicios especializados

| Homoclave del trámite | | Homoclave del formato | |
|--------------------------------------|--|-----------------------|---|
| IMSS-02-087 | | FF-IMSS-037 | |
| 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 prestación de servicios de personal?

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones |
|--------------------------|--------------------------|---------------|

Análisis de la prestación de servicios de personal

2. ¿El patrón, en su carácter de prestador de servicios de personal, comunicó de manera trimestral al Instituto dentro de los primeros quince días de los meses de enero, abril, julio y octubre la información de los contratos celebrados en el trimestre que se trate de conformidad con el artículo 15-A, quinto párrafo, de la Ley del Seguro Social?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|

3. ¿Los contratos de prestación de servicios de personal que haya celebrado el patrón, en su carácter de prestador de servicios, cuentan con los datos de los contratantes referidos en el artículo 15-A, quinto párrafo, fracción I, de la Ley del Seguro Social?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|

4. ¿Los contratos de prestación de servicios de personal que haya celebrado el patrón, en su carácter de prestador de servicios, cuentan con los datos de los contratos referidos en el artículo 15-A, quinto párrafo, fracción II, de la Ley del Seguro Social?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|

5. ¿El patrón incorporó por cada uno de sus trabajadores, el nombre del beneficiario de los servicios o trabajos contratados en el sistema de cómputo autorizado por el Instituto, de conformidad con el artículo 15-A, sexto párrafo, de la Ley del Seguro Social?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|

6. ¿El patrón dictaminado cuenta con elementos propios para ejecutar los servicios o trabajos objeto del contrato celebrado, en su carácter de prestador de servicios de personal?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|

7. ¿El patrón dictaminado es responsable de la dirección, supervisión o capacitación del personal que haya proporcionado a sus contratantes, en su carácter de prestador de servicios de personal?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|



Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez Cuauhtémoc
 C.P. 06600 Ciudad de México
 Tel. 01 800 623 23 23

Instituto Mexicano del Seguro Social

| | | | |
|---|--------------------------|---------------|---------------------------------|
| 8. ¿El patrón dictaminado prestó servicios de personal entre partes relacionadas? | | | |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
| 9. ¿El patrón dictaminado tuvo transferencias masivas de trabajadores entre partes relacionadas? | | | |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
| 10. En caso que el patrón dictaminado haya tenido transferencias masivas de trabajadores entre partes relacionadas, ¿los trabajadores continuaron prestando sus servicios sin interrupción al mismo cliente? | | | |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
| Registro patronal por clase de riesgo | | | |
| 11. ¿El patrón solicitó al Instituto la asignación de un registro patronal por cada una de las clases que haya requerido, de las señaladas en el artículo 73 de la Ley del Seguro Social, con los que debió realizar la inscripción de los trabajadores a nivel nacional, de acuerdo con el artículo 75 de la misma Ley? | | | |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
| Opinión de cumplimiento ante el Instituto | | | |
| 12. ¿El patrón dictaminado obtuvo la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales que haya emitido el Instituto, durante la vigencia del contrato? | | | |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
| 13. ¿La actividad económica del prestador de servicios especializados que manifestó ante el REPSE, coincide con la clase y fracción registrada ante el IMSS, de acuerdo al "Catalogo de actividades contenido en el artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización? | | | |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
| 14. ¿El patrón prestador de servicios especializados, cuenta con el(los) registro(s) REPSE por cada servicio especializado? | | | |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
| 15. ¿El(los) registro(s) REPSE está(n) vigente(s) ante la STPS en el ejercicio dictaminado? | | | |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
| 16. ¿El patrón prestador de servicios especializados, ha cumplido cuatrimestralmente en tiempo y forma con el registro ICISOE ante el IMSS durante el ejercicio dictaminado? | | | |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |



Instituto Mexicano del Seguro Social

17. ¿El prestador de servicios de personal y/o de servicios especializados presentó alguna informativa complementaria de corrección, sin efectos o de actualización correspondiente al ejercicio dictaminado?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones | <input type="radio"/> No aplica |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|

18. Observaciones

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Observaciones |
|--------------------------|--------------------------|---------------|

Nombre y firma del contador público autorizado



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez Cuauhtémoc
C.P. 06600 Ciudad de México
Tel. 01 800 623 23 23