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  |
| 1. ¿Los conceptos pagados a los trabajadores integrados al salario base de cotización fueron debidamente registrados en la contabilidad?
 |
|  Sí |  No | Observaciones |
| 1. ¿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 |