

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dictamen para efectos del Seguro Social
Modelo de opinión con abstención

Homoclave del trámite	Homoclave del formato	
IMSS-02-087	FF-IMSS-020	
Datos generales del patrón		
Nombre, denominación o razón social:	RFC:	Ejercicio o periodo a dictaminar: Del _____ Al _____

Patrón (*Nombre del patrón en caso de ser persona física, denominación o razón social en caso de ser persona moral*)
Presente,

Se hace constar que en esta fecha se formuló EL DICTAMEN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, a que se refieren los artículos 16 de la Ley del Seguro Social; 161, 163, 164, 165, 166 y 167 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización; así como la Regla Tercera del Anexo Único aprobado por el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social mediante el Acuerdo número ACDO.SA2.HCT.280617/149.P.DIR, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de julio de 2017, documento que completa la presentación del dictamen por parte del patrón o sujeto obligado en términos de lo dispuesto en el artículo 163 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

Fui contratado por el Patrón o Sujeto Obligado (*nombre, denominación o razón social*), con Registro Federal de Contribuyentes _____ y con Registro Patronal _____, para formular el Dictamen sobre el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en materia de seguridad social, a que se refiere el artículo 16 de la Ley del Seguro Social, el Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización y demás disposiciones aplicables, por el ejercicio o periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 20__ y correspondiente al(os) Registro(s) Patronal(es) que se describen en el Aviso de Dictamen presentado previamente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Mi responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre el cumplimiento de las obligaciones fiscales en materia de seguridad social a cargo del Patrón o Sujeto Obligado _____, con base en la auditoría que practiqué.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que no conté con información, documentación o elementos suficientes para llevar a cabo el examen correspondiente, debido a las limitaciones consistentes en:

(Describir las limitaciones al alcance)

Por lo que, en vista de la importancia de los efectos que pudiera tener en la correcta afiliación del Patrón o Sujeto Obligado, de los trabajadores, integración del salario base de cotización y demás obligaciones en materia de seguridad social, me abstengo de emitir la opinión de cumplimiento del referido Patrón o Sujeto Obligado, por el ejercicio o periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 20__.

La presente se emite de conformidad con lo dispuesto en la Ley del Seguro Social; sus reglamentos y demás disposiciones legales aplicables, así como con las normas para atestiguar, de auditoría correspondientes y las que regulan la capacidad, independencia e imparcialidad profesional del contador público.

Manifestación bajo protesta de decir verdad

El C.P.A. _____ manifiesta que no se encuentra en alguno de los supuestos de impedimento para formular el presente Dictamen, de acuerdo con lo previsto en el artículo 155 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

Contador público autorizado
Nombre y firma

Registro IMSS _____