

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dictamen para efectos del Seguro Social
Atestiguamientos: Clasificación de empresas

Homoclave del trámite	Homoclave del formato	
IMSS-02-087	FF-IMSS-039	
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 clasificación de la empresa?

☐ Sí

☐ No

Observaciones

2. ¿El patrón proporcionó todos los elementos suficientes para que Usted se pronuncie respecto de la correcta clasificación de la empresa para efectos de la determinación y pago de la prima en el seguro de riesgos de trabajo?

☐ Sí

☐ No

Observaciones

Bienes, maquinaria, equipo, personal y actividades complementarias

3. ¿Los bienes o servicios elaborados o prestados por el patrón corresponden a la actividad en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

☐ Sí

☐ No

Observaciones

4. ¿La materia prima que utilizó el patrón en sus procesos corresponden a la actividad en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

☐ Sí

☐ No

Observaciones

5. ¿La maquinaria y equipo de trabajo que utilizó el patrón en sus procesos corresponden a la actividad en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

☐ Sí

☐ No

Observaciones

6. ¿El equipo de transporte utilizado está considerado en la fracción en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

☐ Sí

☐ No

Observaciones

☐ No aplica

7. ¿El oficio u ocupación del personal empleado por el patrón guarda relación con la actividad en la que se encuentra clasificado ante el Instituto?

☐ Sí

☐ No

Observaciones



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

Instituto Mexicano del Seguro Social

8. ¿Las actividades complementarias a la que efectúa el patrón se encuentran contempladas en la fracción en la que se clasificó (distribución, instalación o almacenaje)?			
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Observaciones	<input type="radio"/> No aplica
Información declarada por el patrón ante el Instituto			
9. Si el patrón es una empresa prestadora de servicios especializados, ¿la clasificación declarada por el patrón corresponde a la actividad más riesgosa que desarrollan sus trabajadores?			
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Observaciones	<input type="radio"/> No aplica
10. ¿El patrón consideró la analogía o similitud al momento de elegir la fracción en la cual se encuentra clasificado?			
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Observaciones	<input type="radio"/> No aplica
11. Con base en los elementos proporcionados por el patrón, ¿éste se encuentra ubicado en la clase y fracción que le corresponde de acuerdo al catálogo de actividades para la clasificación de las empresas en el seguro de riesgos de trabajo, contenido en el Reglamento del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización?			
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Observaciones	
Recursos interpuestos contra la rectificación de la clasificación			
12. ¿El patrón presentó escrito de desacuerdo o medio de defensa en contra de alguna resolución del Instituto de rectificación de la clasificación de la empresa?			
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Observaciones	<input type="radio"/> No aplica
Seguro de gastos médicos mayores			
13. ¿El patrón otorgó a sus trabajadores seguro de gastos médicos mayores?			
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Observaciones	
14. 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