Dictamen para efectos del Seguro Social

Información patronal: Pagos a personas físicas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Homoclave del trámite | | Homoclave del formato | |
| IMSS-02-087 | | FF-IMSS-027 | |
| Datos generales del patrón | | | |
| Nombre, denominación o razón social: | RFC: | | Ejercicio o periodo a dictaminar:  Del Al |

* En esta sección deberá proporcionar la información que se requiere en cada columna, correspondiente a las personas físicas que hayan prestado servicios al Patrón o Sujeto Obligado, por contrato de servicios profesionales por honorarios, honorarios asimilados a salarios, comisión mercantil, o por cualquier otro tipo de contrato similar, cualquiera que sea su naturaleza o denominación, durante el ejercicio o periodo a dictaminar.
* Para los dictámenes por escrito, las hojas podrán reproducirse las veces que sea necesario.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | RFC | CURP | Primer apellido | Segundo apellido | Nombre (s) | No. de meses en  los que operó | Monto de operaciones |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del contador público autorizado