gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

# Dictamen para efectos del Seguro Social
## Información Patronal: Subcontratación de servicios especializados

| Homoclave del trámite | Homoclave del formato |
|---|---|
| IMSS-02-087 | FF-IMSS-038 |

| Datos generales del patrón | | |
|---|---|---|
| Nombre, denominación o razón social: | RFC: | Ejercicio o periodo a dictaminar:<br>Del Al |

- En esta sección deberá indicar la información que se requiere en cada columna, correspondiente a los contratos de prestación de servicios de personal celebrados por el Patrón o Sujeto Obligado en su carácter de beneficiario de los servicios de personal, que hayan sido ejecutados durante el ejercicio o periodo a dictaminar.
- El número consecutivo que se indique al inicio de este formato, deberá ser el mismo para las demás hojas que integran la primera sección del mismo, ya que la información que se proporcione debe corresponder a los datos del prestador de servicios que se ingresen en esta hoja.
- Para los trámites por escrito, las hojas podrán reproducirse las veces que sea necesario.

| Consecutivo | Datos del prestador de servicios especializados | | | Datos del contrato | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre, denominación o razón social | RFC | RP | Objeto del contrato | Vigencia | | No. de trabajadores |
| | | | | | Inicio del contrato | Conclusión del contrato | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | Totales | 0 |

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

| Consecutivo | ¿El personal de servicios especializados proporcionado al beneficiario, realizó los trabajos con elementos propios del prestador de servicios? | ¿El beneficiario del personal de servicios especializados, es responsable de la dirección, supervisión o capacitación del personal proporcionado? | Folio del registro REPSE | Fecha del registro REPSE |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



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

| Consecutivo | Estatus del registro REPSE | Actividad económica especializada manifestada en REPSE | Folio del contrato reportado en ICSOE | Folio ICSOE | Fecha de presentación ICSOE |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



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

- En esta sección deberá proporcionar los datos requeridos en cada columna, correspondiente al personal proporcionado al Patrón o Sujeto Obligado con motivo de los contratos de prestación de servicios de personal, en su carácter de beneficiario de los servicios de personal, que hayan sido ejecutados durante el ejercicio o periodo a dictaminar.

| Consecutivo | Información del personal de servicios especializados subcontratado | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | RP del prestador de servicios especializados | Datos del Trabajador | | | | |
| | | Primer apellido | Segundo apellido | Nombre (s) | NSS | RFC |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Consecutivo | Información del personal de servicios especializados subcontratado | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Datos del trabajador | | | | | |
| | CURP | Puesto desempeñado | Tipo de personal | SBC | Fecha de ingreso | Días trabajados o pagados |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Información del personal de servicios especializados subcontratado | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Consecutivo | Folio del registro REPSE | Fecha del registro REPSE | Estatus del registro REPSE | Actividad económica especializada manifestada en REPSE |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Información del personal de servicios especializados subcontratado | | | |
|---|---|---|---|
| Consecutivo | Folio del contrato reportado en ICSOE | Folio ICSOE | Fecha de presentación ICSOE |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nombre y firma del contador público autorizado