

ANEXO 6: DECLARATORIA DE SEGURIDAD SOCIAL

(Lugar) _____, a ____ de ____ de ____

Nombre de la Oficina que operará el apoyo

Nombre del titular

Presente.

El que suscribe (nombre de la persona que aparecerá en el SIIOF/SAS como solicitante del apoyo) con CURP / R.F.C. (Física/Moral) _____, como beneficiario del (Nombre del tipo de Servicio que recibirá), con domicilio en _____; mismo que señalo para oír y recibir toda clase de notificaciones, por medio de la presente, DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que:

No estoy obligado a inscribirme ante el Instituto Mexicano del Seguro Social por no tener trabajadores a mi cargo, conforme a la Ley del Seguro Social.

Lo anterior conforme a lo señalado en las “Reglas para la obtención de la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social”, aprobadas por el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mediante Acuerdo ACDO.SA1.HCT.101214/281.P.DIR, del 10 de diciembre de 2014, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2015 y modificadas a través del ACUERDO ACDO.SA1.HCT.250315/62.P.DJ dictado por el H. Consejo Técnico del IMSS, relativo a la autorización para modificar la Primera de las Reglas para la obtención de la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social.

PROTESTO LO NECESARIO

(NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL SOLICITANTE DEL APOYO O EN CASO DE PERSONA MORAL EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA ORGANIZACIÓN O EMPRESA)

“Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el Programa”