





**Cuestionario de Control Interno  
AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

NOMBRE	RFC	ACTIVIDAD	CONTRAT O SI O NO	RELACIÓN CON LA EMPRESA	TOTAL DE OPERACIÓN SIN IVA

2. ¿Existen comisionistas personas físicas? SI ( ) NO ( ). En caso afirmativo, ¿están afiliados al IMSS? SI ( ) NO ( ) En caso negativo, ¿qué comprobante fiscal presentan?

NOMBRE	RFC	ACTIVIDAD, SERVICIO O PRODUCTO QUE PROPORCIONA	TIPO DE CONTRATO	TOTAL DE OPERACIÓN SIN IVA	TIPO DE CFDI QUE ENTREGA

3. ¿Existen otro tipo de personas físicas que prestan servicios personales? SI ( ) NO ( ). En caso afirmativo, ¿Quiénes y cómo se les paga?
4. ¿Existen servicios contratados a través de terceras personas? ¿Qué realizan dentro de las instalaciones de la empresa? (servicios de comedor, vigilancia, mantenimiento, jardinería, limpieza etc.) SI ( ) NO ( ), En caso afirmativo indicar cuales y recabar contratos.

**Cuestionario de Control Interno  
AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

NOMBRE	RFC	ACTIVIDAD O SERVICIOS	TOTAL, FACTURADO EN EL EJERCICIO A DICTAMINAR.

5. Cumplió el patrón con la obligación de presentar al IMSS el formato PS-1 por los contratos celebrados con prestadores de servicios (OUTSOURCING) SI ( ) NO ( ) N/A ( )

NOMBRE DE LA OUTSOURCING	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	FECHA DE TERMINO DEL CONTRATO	FECHA DE ENVÍO AL IMSS	NUMERO DE TRABAJADORES

6. ¿Existen accionistas que laboren dentro de la empresa? SI ( ) NO ( ), En caso afirmativo indicar quienes, y como se les remunera,

¿Se encuentran afiliados al IMSS? SI ( ) NO ( )

NOMBRE	RFC	TIPO DE SOCIO Y/O ACCIONISTA	FORMA DE REMUNERACIÓN

7. ¿La empresa es administrada por un consejo de administración o Administrador Único?

---



---



---



---



---



---

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

a. ¿Cómo se remunera a éstos?

---

---

---

---

---

---

b. ¿Realizan otras actividades dentro de la empresa? SI ( ) NO ( )

c. En caso afirmativo, ¿cuáles y como se les paga?

---

---

---

---

---

---

8. ¿La empresa cuenta con un tabulador de puestos con cuota diaria? Solicitar archivo.

SI ( ) NO ( )

9. ¿Cada cuando y en qué mes se otorgan incrementos a los salarios en forma general?

---

---

---

---

---

---

**2. OBLIGACIONES DE LOS PATRONES**

**1. REGISTROS PATRONALES**

a) Indicar el número de registros patronales con que cuenta la empresa

Registro Patronal	Domicilio	Fracción	Prima RT
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

b) Indique si se tiene base de cotización o pago de cuotas especiales, y cuales son:

---

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

---

---

---

---

---

---

c) Señale el número de centros de trabajo con que cuenta la y su ubicación empresa:

---

---

---

---

**2. INSCRIPCIÓN DE LOS TRABAJADORES**

a) ¿Existe Contrato Colectivo de Trabajo? (Solicitar copia) Si ( ) No ( )

Nombre del Sindicato: \_\_\_\_\_

Vigencia \_\_\_\_\_

Periodo y fecha de revisión: \_\_\_\_\_

---

---

---

b) ¿Existe Plan de Previsión Social? Si ( ) No ( ) Solicitar copia simple

c) ¿Existe Reglamento Interior de Trabajo? Si ( ) No ( ) Solicitar copia

d) ¿Existe Manuel de Políticas y Procedimientos en el departamento de Recursos humanos? Si ( ) No ( ) Solicita copia simple

e) ¿Existen contrato Individual de trabajo? (solicitar copia simple de todos tipos que tenga la empresa) Si ( ) No ( )

¿Se elabora contrato a todos los trabajadores? Si ( ) No ( )

En caso negativo, ¿A quiénes no se les otorga y porqué?

---

---

---

---

---

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

f) Describa el procedimiento de reclutamiento, selección y contratación del personal.

---

---

---

---

---

---

---

---

g) ¿Qué acciones se realizan para comprobar que el número de seguridad social proporcionado por el trabajador sea el correcto?

---

---

---

---

---

---

---

---

h) ¿Acostumbra la empresa inscribir a sus trabajadores desde el inicio de la relación laboral? SI ( ) NO ( )

i) ¿Se inscriben los trabajadores dentro de los 5 días posteriores a su contratación?

sí ( ) no ( ) Si la respuesta es negativa, ¿Cuál es el plazo que acostumbran tomarse? \_\_\_\_\_, ¿Utilizan la afiliación previa? \_\_\_\_\_

j) Existen expedientes de los trabajadores que contengan:

Solicitud de trabajo.	Si ( )	No ( )
Contrato individual	Si ( )	No ( )
Promociones	Si ( )	No ( )
Permisos	Si ( )	No ( )
Certificados de incapacidad	Si ( )	No ( )
Avisos afiliatorios	Si ( )	No ( )
Solicitud de Vacaciones	Si ( )	No ( )
Aviso de retención INFONAVIT	Si ( )	No ( )
Aviso de liberación a la retención	Si ( )	No ( )
Renuncia	Si ( )	No ( )
Copia del pago de finiquito	Si ( )	No ( )
Acta de nacimiento	Si ( )	No ( )
Comprobante de domicilio	Si ( )	No ( )
Identificación oficial	Si ( )	No ( )
Comprobante de estudios o habilidades	Si ( )	No ( )
Constancia de inscripción al RFC	Si ( )	No ( )

k) Describa los tipos y las características de los contratos individuales y colectivos de trabajo que estuvieron vigentes en el ejercicio a dictaminar celebrados la empresa:

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

Planta	Si ( )	No ( )
Eventual	Si ( )	No ( )
Por obra determinada	Si ( )	No ( )
Por tiempo determinado	Si ( )	No ( )
Otros	Si ( )	No ( )

l) Describa los horarios de las jornadas de trabajo que tiene la empresa por grupos o categorías:

1. Diurna:  
- Horario (de                    a                    )  
- Horas laboradas en la semana  
- Días de la semana (de                    a                    )

2. Vespertina:  
- Horario (de                    a                    )  
- Horas laboradas en la semana  
- Días de la semana

- 3.- Mixta:  
- Horario (de                    a                    )  
- Horas laboradas en la semana  
- Días de la semana

- 4.- Nocturna:  
- Horario (de                    a                    )  
- Horas laboradas en la semana  
- Días de la semana

- 5.- Jornada Reducida:  
- Horario (de                    a                    )  
- Horas laboradas en la semana  
- Días de la semana

- 6.- Semana Reducida:  
- Horario (de                    a                    )  
- Horas laboradas en la semana  
- Días de la semana

**3.-MODIFICACIONES DE SALARIO**

a) Los salarios de la empresa son de tipo:

Para los trabajadores sindicalizados:  
Fijo ( )                    Variable ( )                    Mixto ( )

Para los trabajadores de confianza:  
Fijo ( )                    Variable ( )                    Mixto ( )

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

Para los trabajadores de otra clasificación (especificar ¿Cuál?)\_\_\_\_\_

Fijo (    )                      Variable (    )                      Mixto (    )

- b) ¿Se presentan los avisos de modificación de salario dentro de los plazos establecidos por la ley?  
      Si (    )                      No (    )
- c) ¿Ha habido avisos rechazados?  
      Si (    )                      No (    )
- d) ¿Se corrigieron y presentaron al IMSS?  
  Si (    )                      No (    )

**4.BAJAS**

- a) ¿Se presentan dentro de los 5 días siguientes a la fecha de terminación de la relación laboral?  
  Si (    )                      No (    )
- b) Cuando no se presentan dentro de los 5 días, ¿Se anota la fecha real de separación?  
  Si (    )                      No (    )
- c) ¿Existen casos en que se den de baja a trabajadores que se encuentren de incapacidad?  
  Si (    )                      No (    )

d) Si la respuesta anterior es positiva, ¿Qué acciones realiza la empresa?

---

---

---

---

---

---

---

---

Describe el procedimiento de respaldo y conservación de los archivos de los movimientos afiliatorios generados por el IDSE.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

---

---

---

---

**3. NÓMINAS**

1. Describa cómo se controla la asistencia, en caso de contar con programa, indicar el nombre y tipo de reporte que emite.

---

---

---

---

---

---

---

---

2. ¿La nómina reúnen los requisitos que marca el reglamento de la ley del seguro social?

a. Nombre completo del patrón	SI ( )	NO ( )
b. Registro patronal	SI ( )	NO ( )
c. RFC patrón	SI ( )	NO ( )
d. Nombre completo del Trabajador	SI ( )	NO ( )
e. RFC del trabajador	SI ( )	NO ( )
f. CURP	SI ( )	NO ( )
g. Duración de la jornada	SI ( )	NO ( )
h. Fecha de Ingreso	SI ( )	NO ( )
i. Salario Base de Cotización	SI ( )	NO ( )
j. Tipo De salario	SI ( )	NO ( )
k. Importe Total del salario devengado	SI ( )	NO ( )
l. Conceptos de percepciones y deducciones	SI ( )	NO ( )
m. Unidad de tiempo laborado	SI ( )	NO ( )
n. No. De días trabajados	SI ( )	NO ( )
o. Número de Seguridad Social	SI ( )	NO ( )
p. Periodo de Pago	SI ( )	NO ( )
q. Salario Diario	SI ( )	NO ( )

3. Existen conceptos que se pagan fuera de nómina \_\_\_\_\_ cuáles \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

4. ¿Como se realiza el pago a los trabajadores? describa el procedimiento de pago nóminas.

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Los periodos de pago son:

Semanales ( ) Quincenales ( ) Otro ( )

6. Indicar los días de corte para la generación de la nómina y recabe el calendario de corte de la nómina.

---

---

---

---

---

---

---

---

7. ¿Se retiene la cuota obrera al IMSS a los trabajadores?

Si ( ) No ( )

8. ¿Son autorizadas las nóminas por algún funcionario?

Si ( ) No ( )

9. ¿Se paga por transferencia bancaria?

Si ( ) No ( )

10. Firman los recibos de nómina los trabajadores Si ( ) No ( )

11. Describa el procedimiento de contabilización de la nómina y que papeles de trabajo se elaboran

---

---

---

---

---

---

---

---

**Cuestionario de Control Interno  
AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

12. ¿Cuál es el nombre del programa con el que se elabora y controla la nómina?

---



---



---



---



---

13. ¿Los CFDI de nómina, contienen?:

Numero de seguro social del trabajador.  
Antigüedad a la fecha de pago expresada en años, meses y día a la fecha de pago.  
Días trabajados  
Periodo de pago.

**4. INTEGRACIÓN DEL SALARIO BASE DE COTIZACIÓN.**

a) ¿Se otorgan las prestaciones siguientes?

Concepto	INTEGRA		Base de otorgamiento
	Sí	No	
Fondo de Ahorro	___	___	_____
Despensa	___	___	_____
Alimentación	___	___	_____
Premio de Asistencia	___	___	_____
Premio de puntualidad	___	___	_____
Tiempo Extra doble	___	___	_____
Tiempo Extra Triple	___	___	_____

b) Qué otras prestaciones se otorgan, a qué categoría de trabajadores y cuál es la base de otorgamiento

---



---



---



---



---

c) Se pagan Viáticos Si ( ) No ( ) En caso positivo ¿a quiénes?  
Describe la forma en que se otorgan.

**Cuestionario de Control Interno  
AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

---

---

---

---

---

---

d) Existen políticas que regulen su otorgamiento y comprobación.  
Recabarlas. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

e) Cuáles son los conceptos de pago que se realizan a los trabajadores y que la empresa considera como fijos y variables.

NOMBRE DE LA PERCEPCIÓN	FIJO	VARIABLE

f) Señale el procedimiento que sigue la empresa para determinar el salario diario.

---

---

---

---

---

---

---

---

g) Señale el procedimiento que sigue la empresa para determinar los factores de integración.

---

---

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

---

---

---

---

---

---

---

---

h) ¿Con que frecuencia se revisan y actualizan los factores de integración que utiliza la empresa?

---

---

---

---

---

---

---

---

i) ¿La empresa cuenta con cuadro de antigüedad de los trabajadores?

SI ( )

NO( )

j) ¿Cuántos días de aguinaldo otorga la empresa?

---

---

---

k) ¿Cuál es la prima vacacional que paga la empresa a sus trabajadores?

---

---

---

---

---

l) ¿La empresa otorga los días de vacaciones de acuerdo con lo contenido a la Ley Federal del Trabajo?

---

---

---

---

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

---

---

---

Solicitar a la empresa las hojas de trabajo de integración de salario por bimestre por categorías, así como tabla de factores de integración.

**5. DEL PAGO DE LAS CUOTAS OBRERO-PATRONALES AL IMSS.**

1. ¿Se pagan oportunamente las cuotas y aportaciones?

SI ( ) NO ( )

2. En caso negativo, ¿se determinan las cuotas y se presentan sin pago?

SI ( ) NO ( )

3. ¿Se cotejan mensualmente las cédulas de autodeterminación con las emitidas por el IMSS?

SI ( ) NO ( )

4. En caso de detectar diferencias, ¿qué aclaraciones hace el patrón?

---

---

---

5. ¿Se hace seguimiento a las aclaraciones?

SI ( ) NO ( )

6. ¿Existen pagos de cédulas de diferencias?

SI ( ) NO ( )

7. ¿Se entregan a los trabajadores constancia de las aportaciones del seguro de retiro, cesantía y vejez, así como de las aportaciones y amortizaciones de crédito al INFONAVIT?

SI ( ) NO ( )

8. ¿Existen convenios de pago con el IMSS e INFONAVIT? Si ( ) No ( )

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

De qué tipo, Saldo a Cargo y Vencimiento

**6. SISTEMA DE AUTODETERMINACIÓN (SUA)**

1. ¿Cuenta la empresa con los archivos de pago?

SI ( ) NO ( )

2. En caso de haber pagado diferencias, ¿cuenta el patrón con archivos que sumen el pago inicial más la diferencia?

SI ( ) NO ( )

3. ¿Cuenta la empresa con las impresiones del resumen de pago de cuotas y detalle de trabajadores?

SI ( ) NO ( )

4. ¿Se actualizaron los salarios mínimos en el mes de enero en el sistema?

SI ( ) NO ( )

5. ¿Se actualizó la prima de riesgos de trabajo a partir del mes de marzo?

SI ( ) NO ( )

6. Los movimientos afiliatorios se actualizan en el SUA a través de importación de información o captura manual

Describe el proceso

---

---

---

7. ¿Cuándo existen movimientos afiliatorios extemporáneos, se captura la fecha en la que surten efectos?

A) Modificaciones de salario descendente

B) Bajas

8. ¿Se considera el ausentismo por faltas e incapacidades en el sistema SUA?

SI ( ) NO ( )

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

9. ¿Cuántas personas tienen acceso al sistema SUA que puedan modificar la información?

---

---

---

---

---

---

---

---

10. ¿Se realiza de forma periódica un respaldo del programa SUA?

---

---

---

---

---

**7. PRIMA DE RIESGOS DE TRABAJO**

1. Existe un control de los riesgos de trabajo, que contenga:

- a) Copia de la ST-1 SI ( ) NO ( )
- b) Copia de la ST-1 calificada por seguridad en el trabajo SI ( ) NO ( )
- c) ST-2 Aviso de alta del riesgo de trabajo SI ( ) NO ( )
- d) Registro de los certificados de incapacidad, días subsidiados, tipo de riesgo SI ( ) NO ( )
- e) Dictámenes de incapacidad permanente y/o defunción SI ( ) NO ( )

2. Indique sí la empresa cuenta con servicio médico y/o de enfermería que permita la atención previa del personal

SI ( ) NO ( )

En caso positivo, ¿cuál es el manejo que se da a estos casos?

---

---

---

---

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

---

---

---

2. Indique que seguimiento da la empresa en el caso de trabajadores que faltan a sus labores y justifican la inasistencia con incapacidad expedida por el IMSS.

---

---

---

---

---

---

---

3. ¿Se presentó oportunamente la declaración anual?

SI ( ) NO ( )

4. ¿Existió alguna rectificación por parte del instituto de la prima declarada?

SI ( ) NO ( )

5. En el periodo revisado, ¿cambió de actividad la empresa?

SI ( ) NO ( )

6. La clase en la que se encuentra inscrita la empresa corresponde al catálogo de actividades que realiza la empresa.

SI ( ) NO ( )

7. La empresa baja el reporte de caso registrados por el IMSS de riesgo de trabajo de la pagina WEB del instituto. (solicitar archivo)

SI ( ) NO ( )

8. Cuenta la empresa con un plan de prevención de riesgos.

SI ( ) NO ( )

9. La declaración de la prima de riesgo de trabajo, ¿se presenta por internet con los archivos generados en el SUA?

---

---

---

---

---

11. ¿Existe un reglamento de seguridad e higiene en el trabajo?

SI ( ) NO ( )

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

**8. CONTABILIDAD**

1. ¿Se provisionan sueldos en el mes de diciembre?

SI ( ) NO ( )

2. ¿Lleva la empresa algún registro de los trabajadores cuyo salario exceden del máximo establecido por la LSS?

SI ( ) NO ( )

3. ¿Realiza la empresa conciliaciones de bases declaradas?

SI ( ) NO ( )

4. Describa el sistema contable utilizado

---

---

5. Puede el auditor consultarlo vía internet SI ( ) NO ( )

En caso positivo, proporcionar ruta de acceso y clave

---

---

---

**9. JUICIOS FISCALES Y LABORALES**

i. Tiene demandas laborales la empresa

SI ( ) NO ( )

ii. Recursos de inconformidad o juicios de nulidad contra el IMSS

Si ( ) No ( )

iii. Recursos de inconformidad o juicios de nulidad contra el IINFONAVIT

Si ( ) No ( )

**Cuestionario de Control Interno**  
**AUDITORÍA EFECTOS SEGURO SOCIAL**

**10. CONSTRUCCIONES, REMODELACIONES Y/O AMPLIACIONES DE LAS  
INSTALACIONES.**

¿Las instalaciones de la empresa son propias o rentadas?

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Durante el ejercicio a dictaminar, se realizaron ampliaciones, remodelaciones y/o construcciones a las instalaciones de la empresa?    SI (    )                      NO (    )

DESCRIBIR LOS TRABAJOS REALIZADOS.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Las ampliaciones, remodelaciones o construcciones fueron realizadas por alguna empresa externa que otorgue estos servicios?    SI (    )                      NO (    )

¿Se tramito licencia de construcción?    SI (    )                      NO (    )

¿Se presento aviso al IMSS por los trabajos anteriores?            SI (    )                      NO (    )

FUNCIONARIO ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

PUESTO: \_\_\_\_\_

ELABORÓ: \_\_\_\_\_                      FECHA: \_\_\_\_\_