GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE PUEBLA

PERIÓDICO OFICIAL

LAS LEYES, DECRETOS Y DEMÁS DISPOSICIONES DE CARÁCTER OFICIAL SON OBLIGATORIAS POR EL SOLO HECHO DE SER PUBLICADAS EN ESTE PERIÓDICO

Autorizado como correspondencia de segunda clase por la Dirección de Correos con fecha 22 de noviembre de 1930

TOMO DCXVIII	"CUATRO VECES HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA" LUNES 12 DE OCTUBRE DE 2026	NÚMERO 8 SEGUNDA SECCIÓN

Sumario

GOBIERNO DEL ESTADO
SECRETARÍA ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO

ACUERDO del Secretario Anticorrupción y Buen Gobierno, por el que emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla.

GOBIERNO DEL ESTADO
SECRETARÍA ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO

ACUERDO del Secretario Anticorrupción y Buen Gobierno, por el que emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla.

Al margen un sello con el Escudo Nacional y una leyenda que dice: Estados Unidos Mexicanos. Anticorrupción. Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno. Gobierno del Estado de Puebla. Coordinación General Jurídica. Dirección de Análisis Jurídicos.

ALEJANDRO ESPIDIO REYES, Secretario Anticorrupción y Buen Gobierno del Estado de Puebla, y

CONSIDERANDO

Que, el Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2024-2030, tiene por misión impulsar un gobierno fundamentado en el Humanismo Mexicano, que garantice la seguridad ciudadana, la justicia social y la prosperidad comunitaria, desde una perspectiva de Bioética Social, el cual, en su eje 5 “Gobierno Transformador y de Resultados” estableció como objetivo el impulsar un buen gobierno basado en los principios del humanismo mexicano, comprometido con la rendición de cuentas, la transparencia y el combate a la corrupción.

Con el objetivo de mejorar la Gestión Pública Gubernamental en la Administración Pública Estatal, es necesario fortalecer la aplicación del control interno como una herramienta preventiva y sustancial para alcanzar los objetivos y metas de las instituciones públicas.

El fortalecimiento del control interno a través de una adecuada regulación normativa coadyuvará a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal a mejorar la prestación de bienes y servicios a la población, fortalecer la transparencia, eficientar su operatividad a través de la simplificación normativa y de trámites, optimizar el aprovechamiento de recursos públicos, así como los procesos relativos a las contrataciones que realiza el Estado.

Que, de conformidad con las mejores prácticas internacionales y el derecho comparado en materia de control interno, la implementación, mantenimiento y actualización de un Sistema de Control Interno Institucional es responsabilidad de todas las personas servidoras públicas pertenecientes a la Administración Pública Estatal.

Que, contar con un Sistema de Control Interno efectivo y fortalecido en las instituciones de la Administración Pública Estatal hace eficiente y eficaz la gestión gubernamental, permitiendo proteger y conservar el patrimonio público, garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones, cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico, prevenir y mitigar riesgos incluidos los riesgos de corrupción, propiciando reducir la probabilidad de actos contrarios a la integridad, asegurar el comportamiento ético de las Personas Servidoras Públicas, considerar la integración de las tecnologías de información en el control interno y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

El Sistema de Control Interno Institucional como un conjunto de procesos, mecanismos y elementos de control que interactúan entre sí, aplicados por las Instituciones a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, otorgan certidumbre en la toma de decisiones para conducir a las Instituciones a una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley.

El seguimiento al fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional se realiza a través del Comité de Control y Desempeño Institucional que funciona como un Órgano Colegiado al interior de las Instituciones Públicas

en apoyo a sus Titulares para garantizar el cumplimiento de metas y objetivos y la eficiencia operativa que agrega valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes.

Que, durante la quinta reunión plenaria del Sistema Nacional de Fiscalización celebrada en el año dos mil catorce, se publicó el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI), basado en el Modelo COSO (Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway) 2013, mismo que se desarrolla con la implementación de cinco Normas Generales, diecisiete principios y elementos de control, para ser adecuado y adoptado por las instituciones en el ámbito Federal, Estatal y Municipal mediante la expedición de los decretos correspondientes.

Que, el veintiocho de noviembre de dos mil dieciséis se presentó una adaptación del mismo para el Estado de Puebla el cual lleva por nombre Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público que funge como un modelo general para las instituciones en el Ámbito Estatal y Municipal.

Que, con el objeto de dar continuidad al fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, el día veintidós de mayo de dos mil veinte, se publicó en el Periódico Oficial del Estado el ACUERDO de la Secretaria de la Función Pública del Gobierno del Estado, por el que emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla, que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, observaron y adaptaron para el establecimiento, aplicación, supervisión, evaluación y mejora continua de su Sistema de Control Interno Institucional.

En virtud de lo anteriormente expuesto y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, 3, 15, 24, 31 fracción III, 34 fracciones II, III, V, VI, XXII y XLII inciso a), así como el Transitorio Quinto del DECRETO del Honorable Congreso del Estado, por el que expide la LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE PUEBLA, publicado en el Periódico Oficial del Estado, el día jueves veintiocho de noviembre de dos mil veinticuatro; 1, 2, 4, 7, 8 párrafo primero y 12 fracciones I, VII, XI, XIV, XXII, XXVII y XXXVI, del Reglamento Interior de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, y al Marco Integrado de Control Interno (MICI) para el Sector Público, he tenido a bien expedir el:

ACUERDO DEL SECRETARIO ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO, POR EL QUE SE EMITEN LAS DISPOSICIONES Y EL MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN ESTATAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO DE PUEBLA.

ARTÍCULO PRIMERO. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las Disposiciones, que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, deberán observar para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua de su Sistema de Control Interno Institucional.

ARTÍCULO SEGUNDO. En términos del Artículo Primero de este Acuerdo, se emiten las siguientes:

DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO

TÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I
OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

1. Base de referencia, objeto y ámbito de aplicación.

Las Personas Titulares de las Dependencias y Entidades y, en su caso, el Órgano de Gobierno, así como las demás Personas Servidoras Públicas de las instituciones que integran la Administración Pública Estatal (APE), en

sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su Sistema de Control Interno Institucional, tomando como referencia el Marco Integrado de Control Interno (MICI) del Sistema Nacional de Fiscalización (SNF) y como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

2. Definiciones.

Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

I. Acción(es) de control: Las actividades determinadas e implantadas por las Personas Titulares de las Dependencias y Entidades y demás Personas Servidoras Públicas de las Instituciones para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;

II. Acción(es) de mejora: Las actividades determinadas e implantadas por las Personas Titulares de las Dependencias y Entidades y demás Personas Servidoras Públicas de las Instituciones para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;

III. Administración: Las Personas Servidoras Públicas de mandos superiores y medios diferentes a la Persona Titular de la institución;

IV. Administración de riesgos: El proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar, comunicar y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la institución, mediante el análisis de los distintos factores de riesgo que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;

V. APE: Administración Pública Estatal;

VI. Área(s) de oportunidad: La situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;

VII. Autocontrol: La implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos institucionales;

VIII. Carpeta electrónica: La aplicación informática que contiene la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos del orden del día que se presenten en las sesiones del Comité;

IX. CGOIC: Coordinación General de Órganos Internos de Control;

X. CGA: Coordinación General Administrativa;

XI. Comité y/o COCODI: El Comité de Control y Desempeño Institucional;

XII. Competencia profesional: La formación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación, experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de las Personas Servidoras Públicas para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades;

XIII. Control correctivo (después): El mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar, corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones;

XIV. Control detectivo (durante): El mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;

XV. Control Interno: El proceso efectuado por la Persona Titular de la institución, la Administración, en su caso el Órgano de Gobierno, y las demás Personas Servidoras Públicas de una institución, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad;

XVI. Control preventivo (antes): El mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de las metas y objetivos institucionales;

XVII. Debilidad (es) de control interno: La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los Órganos de Internos de Control;

XVIII. Dependencias: Las Secretarías, así como las unidades administrativas que dependan directamente de la Persona Titular del Poder Ejecutivo Estatal y funjan como Órganos Auxiliares del mismo, integrarán la Administración Pública Centralizada, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla;

XIX. Disposiciones: Las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en Materia de Control Interno para el Estado de Puebla;

XX. Economía: Los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida;

XXI. Eficacia: El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;

XXII. Eficiencia: El logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos;

XXIII. Elementos de control: Los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada institución en su Sistema de Control Interno Institucional para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;

XXIV. Entidades: Los organismos públicos descentralizados, las empresas de participación estatal mayoritaria, los fideicomisos públicos, las comisiones y demás órganos de carácter público que funcionen en el Estado, en términos de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla y de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla;

XXV. Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional: El proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen las normas generales de control interno y sus principios, así como los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías;

XXVI. Factor (es) de riesgo: La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;

XXVII. Gestión de riesgos de corrupción: Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas, en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y/o servicios internos y externos;

XXVIII. Impacto o efecto: Las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;

XXIX. Informe Anual: El Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional;

XXX. Institución (es): Las que se refieren en las fracciones XVIII y XXIV del presente numeral;

XXXI. Líneas de reporte: Las líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la organización que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones;

XXXII. Mapa de riesgos: La representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva;

XXXIII. Matriz de Administración de Riesgos: La herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la Institución, considerando las etapas de la metodología general de administración de riegos;

XXXIV. MICI: Marco Integrado de Control Interno aplicable a los tres órdenes de gobierno del Estado Mexicano;

XXXV. MIR y/o Matriz de Indicadores para Resultados: La herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Estatal de Desarrollo y sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos de las Dependencias y Entidades; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño;

XXXVI. Mejora continua: Al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno Institucional; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica;

XXXVII. Modelo Estándar de Control Interno: Al conjunto de normas generales de control interno, sus principios y elementos de control, a los niveles de responsabilidad de control interno, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al Sistema de Control Interno Institucional;

XXXVIII. Normas de Conducta: Los preceptos que se fundamentan en el deber público y que busca en toda decisión y acción, la prevalencia del bienestar de la sociedad en coordinación con los objetivos del Estado, de las Dependencias y Entidades y de la responsabilidad de la persona ante éstos;

XXXIX. Objetivos institucionales: Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Puebla, en términos de la Ley de Planeación para

el Desarrollo del Estado de Puebla, en particular de los Programas Sectoriales, Institucionales, Transversales, Regionales, o de Proyectos Transformadores, según corresponda;

XL. OIC: Órgano Interno de Control;

XLI. Órgano de Gobierno: El cuerpo colegiado de la Administración de las Entidades de conformidad con los artículos 12 y 13 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla;

XLII. Órganos Desconcentrados: Aquellos establecidos en el artículo 29 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla;

XLIII. Procesos administrativos: Aquellos necesarios para la gestión interna de la institución que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya que dan soporte a los procesos sustantivos;

XLIV. Probabilidad de ocurrencia: La estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;

XLV. Procesos sustantivos: Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la institución, es decir, con el cumplimiento de su misión;

XLVI. Programa presupuestario: La categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas;

XLVII. PTAR: El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

XLVIII. PTCI: El Programa de Trabajo de Control Interno;

XLIX. Riesgo: El evento adverso e incierto (externo o interno) que derivado de la combinación de su probabilidad de ocurrencia y del posible impacto pudiera obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales;

L. Riesgo (s) de corrupción: La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por una Persona Servidora Pública, así como nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas;

LI. Secretaría: La Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno del Estado de Puebla;

LII. Seguridad razonable: El alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la institución serán alcanzados;

LIII. Persona Servidora Pública: A la persona que desempeña un empleo, cargo o comisión en las Dependencias y Entidades, conforme a lo dispuesto en el artículo 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

LIV. Sesión (es) virtual (es): La celebrada a través de medios electrónicos de comunicación a distancia que permiten la transmisión simultánea de voz e imagen;

LV. Sistema de Control Interno Institucional o SCII: El conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una Institución a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley;

LVI. Sistema de información: El conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control de la Institución;

LVII. TIC´s: Las Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y

LVIII. Unidades administrativas: Las comprendidas en el Reglamento Interior, estatuto orgánico y/o estructura orgánica básica de una Institución, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente.

CAPÍTULO II
RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA

3. Responsables de su aplicación.

Será responsabilidad del Órgano de Gobierno, de la Persona Titular de la Institución y demás Personas Servidoras Públicas de las Dependencias y Entidades, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno Institucional, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; además de instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de las presentes Disposiciones.

En la implementación, actualización y mejora del SCII, se identificarán y clasificarán los mecanismos de control en preventivos, detectivos y correctivos, privilegiándose los preventivos y las prácticas de autocontrol, para evitar que se produzcan resultados o acontecimientos no deseados o inesperados que impidan en términos de eficiencia, eficacia y economía el cumplimiento de las metas y objetivos de la institución.

4. Designación De La Persona Coordinadora De Control Interno Y Enlaces.

La Persona Titular de las Institución designará mediante oficio dirigido a la Persona Titular de la Secretaría, a una Persona Servidora Pública de nivel jerárquico inmediato inferior como la Persona Coordinadora de Control Interno para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones, el nombramiento recaerá preferentemente en la Persona Titular de la Coordinación General Administrativa o equivalente.

La Persona Coordinadora de Control Interno designará a una Persona Servidora Pública como Enlace, mediante oficio dirigido a la Persona Titular de la **CGOIC,** para cada uno de los tres procesos contemplados en este instrumento correspondientes al Sistema de Control Interno Institucional (SCII); al Proceso de Administración de Riesgos Institucionales (ARI) y para el Proceso del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), quienes deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior a ésta.

Las Dependencias deberán contar con las tres Personas Servidoras Públicas como los enlaces señalados y para las Entidades cuando su estructura orgánica sea reducida, podrán designar a una misma Persona Servidora Pública como Enlace en más de un proceso, pero al menos deberán designarse dos enlaces para la totalidad de los procesos señalados.

En los oficios de designación y sustitución, se deberá marcar copia a la Persona Titular del Órgano Interno de Control, con el propósito de que tenga conocimiento. Los cambios en las designaciones anteriores se informarán de la misma forma, dentro de los 10 días hábiles posteriores a que se efectúen.

5. De su vigilancia y asesoría.

La Secretaría por sí o a través de la Coordinación General de Órganos Internos de Control (CGOIC) y de los Órganos Internos de Control (OIC), conforme a sus respectivas atribuciones, serán responsables de vigilar la implementación, aplicación y cumplimiento de las presentes disposiciones; adicionalmente, los Órganos Internos de

Control, en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a las Personas Titulares y demás Personas Servidoras Públicas de la Institución para la implementación de su SCII.

CAPÍTULO III
USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

6. De las cuentas de correo estandarizadas.

La Persona Coordinadora de Control Interno y Enlaces gestionarán a través de la CGA o su equivalente en las Entidades, la creación y asignación de cuentas de correo estandarizadas con el dominio de la Institución, su uso quedará bajo responsabilidad de los mismos, debiendo cumplir lo siguiente:

Designación	Correo electrónico estandarizado
Persona Coordinadora de Control Interno	coordinacionci@
Enlace del SCII	enlacescii@
Enlace de ARI	enlaceari@
Enlace del COCODI	enlacecocodi@

Las cuentas de correo estandarizadas son el medio oficial de comunicación de la Secretaría; serán permanentes y transferibles a las Personas Servidoras Públicas que asuman cada designación; no deberán cancelarse y/o darse de baja, siendo responsabilidad de la Persona Coordinadora de Control Interno y de cada Enlace, proveer lo necesario ante la CGA o su equivalente en las Entidades, para que las cuentas permanezcan activas.

7. De la sistematización.

Las instituciones que hayan realizado acciones de mejora funcionales y una sistematización integral de los procesos en materia de control interno podrán operar con sus procedimientos optimizados, siempre que acrediten ante la **CGOIC**, que los mismos son compatibles con lo establecido en las Disposiciones.

TÍTULO SEGUNDO
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I
ESTRUCTURA DEL MODELO

8. Categorías del objetivo del control interno.

El control interno tiene como objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas de la Institución dentro de las siguientes categorías:

I. Operación: Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos;

II. Información: Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación;

III. Cumplimiento: Observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones, y

IV. Salvaguarda: Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

9. Normas Generales, Principios y Elementos de Control Interno.

PRIMERA NORMA: Ambiente de control.

Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un sistema de control interno eficaz e influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control. Para la aplicación de esta norma, la Persona Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán establecer y mantener un ambiente de control en toda la Institución, que implique una actitud de respaldo hacia el control interno, así como vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

PRINCIPIO 1: Mostrar actitud de respaldo y compromiso.- La Persona Titular de la Institución y la Administración deben tener una actitud de compromiso en lo general con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y actos contrarios a la integridad y en lo particular con lo dispuesto en el ACUERDO del Secretario de Anticorrupción y Buen Gobierno, por el que emite el Código de Ética e Integridad para un Buen Gobierno en la Administración Pública Estatal.

ELEMENTOS DE CONTROL:

Actitud de Respaldo de la Persona Titular y la Administración.

1.01 La Persona Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.

1.02 La Persona Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución. En instituciones grandes, los distintos niveles administrativos en la estructura organizacional también deben establecer la "actitud de respaldo de la Administración".

1.03 Las directrices, actitudes y conductas de la Persona Titular de la Institución y, en su caso, del Órgano de Gobierno deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de las Personas Servidoras Públicas en la institución.

1.04 La actitud de respaldo de la Persona Titular de la Institución y la Administración puede ser un impulsor, como se muestra en los párrafos anteriores, o un obstáculo para el control interno.

Normas de Conducta.

1.05 La Administración debe establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.

1.06 La Administración, con la supervisión de la Persona Titular de la Institución o, en su caso, del Órgano de Gobierno, debe definir las expectativas que guarda la institución respecto de los valores éticos en las normas de conducta.

Apego a las Normas de Conducta.

1.07 La Administración debe establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de conducta de la institución y atender oportunamente cualquier desviación identificada.

1.08 La Administración debe utilizar las normas de conducta como base para evaluar el apego a la integridad y los valores éticos.

1.09 La Administración debe determinar el nivel de tolerancia para las desviaciones. Puede establecer un nivel de tolerancia cero para el incumplimiento de ciertas normas de conducta, mientras que el incumplimiento de otras puede atenderse mediante advertencias a las Personas Servidoras Públicas, siempre atendiendo el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna, consistente y aplicando las leyes y reglamentos correspondientes.

Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.

1.10 La Administración debe articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de una línea ética o mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en la institución, como parte del componente de administración de riesgos (con todos los elementos incluidos en dicho componente).

Cumplimiento, Supervisión y Actualización Continua del Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.

1.11 La Administración debe asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada del programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad, medir si es suficiente y eficaz, y corregir sus deficiencias con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas a que esté sujeta.

PRINCIPIO 2: Ejercer la responsabilidad de vigilancia. La Persona Titular de la Institución y, en su caso, el Órgano de Gobierno, serán responsables de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto:

ELEMENTOS DE CONTROL:

Estructura de Vigilancia.

2.01 La Persona Titular de la Institución o, en su caso, el Órgano de Gobierno, serán responsables de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características de la institución.

Responsabilidades de la Persona Titular de la Institución o, en su caso, del Órgano de Gobierno.

2.02 La Persona Titular de la Institución y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deben vigilar las operaciones de la institución, ofrecer orientación constructiva a la Administración y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que la institución logre sus objetivos en línea con el programa de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

Requisitos de un Órgano de Gobierno o de la Persona Titular de la Institución.

2.03 En la selección de la Persona Titular de la Institución y, en su caso, de las Personas miembros del Órgano de Gobierno, se debe considerar el conocimiento necesario respecto de la institución, los conocimientos especializados pertinentes, el número de miembros con que contará el Órgano de Gobierno y su neutralidad, independencia y objetividad técnica requeridos para cumplir con las responsabilidades de vigilancia en la institución.

2.04 La Persona Titular de la Institución o, en su caso, las Personas miembros del Órgano de Gobierno, deben comprender los objetivos de la institución, sus riesgos asociados y las expectativas de sus grupos de interés.

2.05 La Persona Titular de la Institución o, en su caso, las Personas miembros del Órgano de Gobierno, deben demostrar además la pericia requerida para vigilar, deliberar y evaluar el control interno de la institución.

2.06 En la determinación del número de miembros que componen al Órgano de Gobierno, en su caso, se debe considerar la necesidad de incluir personal con otras habilidades especializadas, que permitan la discusión, ofrezcan orientación constructiva a la Persona Titular de la Institución y favorezcan la toma de decisiones adecuadas.

2.07 La institución debe considerar la inclusión de miembros independientes en el Órgano de Gobierno, en su caso, y cuando las disposiciones jurídicas y normativas aplicables lo permitan.

Vigilancia General del Control Interno.

2.08 La Persona Titular de la Institución o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del control interno realizado por la Administración. Las responsabilidades de la Persona Titular de la Institución o del Órgano de Gobierno respecto del control interno son, entre otras, las siguientes:

- ***Ambiente de Control.*** Establecer y promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, así como la estructura de vigilancia, desarrollar expectativas de competencia profesional y mantener la rendición de cuentas ante la Persona Titular de la Institución o, en su caso, todas las Personas miembros del Órgano de Gobierno y de las principales partes interesadas.

- ***Administración de Riesgos***. Vigilar la evaluación de los riesgos que amenazan el logro de las metas y objetivos institucionales, incluyendo el impacto potencial de los cambios significativos, la corrupción y la elusión (omisión) de controles por parte de cualquier Persona Servidora Pública.

- ***Actividades de Control.*** Vigilar a la Administración en el desarrollo y ejecución de las actividades de control.

- ***Información y Comunicación***. Analizar y discutir la información relativa al logro de las metas y objetivos institucionales.

- ***Supervisión y Mejora Continua.*** Examinar la naturaleza y alcance de las actividades de supervisión de la Administración, así como las evaluaciones realizadas por ésta y las acciones correctivas implementadas para remediar las deficiencias identificadas.

Corrección de deficiencias.

2.09 La Persona Titular de la Institución o, en su caso, el Órgano de Gobierno deben proporcionar información a la Administración para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

2.10 La Administración debe informar a la Persona Titular de la Institución o, en su caso, al Órgano de Gobierno sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas.

2.11 La Persona Titular de la Institución o, en su caso, el Órgano de Gobierno serán responsables de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

PRINCIPIO 3: Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad. La Persona Titular de la Institución debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservar la integridad y rendir cuentas de los resultados alcanzados:

ELEMENTOS DE CONTROL:

Estructura Organizacional.

3.01 La Persona Titular de la Institución debe instruir a la Administración y, en su caso, a las unidades especializadas, el establecimiento de la estructura organizacional necesaria para permitir la planeación, ejecución, control y evaluación de la institución en la consecución de sus objetivos.

3.02 La Administración debe desarrollar y actualizar la estructura organizacional con entendimiento de las responsabilidades generales, y debe asignarlas a las distintas unidades para que la institución alcance sus objetivos de manera eficiente, eficaz y económica; brinde información confiable y de calidad; cumpla con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, y prevenga, disuada y detecte actos contrarios a la integridad.

3.03 Como parte del establecimiento de una estructura organizacional actualizada, la Administración debe considerar el modo en que las unidades interactúan a fin de cumplir con sus responsabilidades.

3.04 La Administración debe evaluar periódicamente la estructura organizacional para asegurar que se alinea con los objetivos institucionales y que ha sido adaptada y actualizada a cualquier objetivo emergente, como nuevas leyes o regulaciones.

Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad.

3.05 Para alcanzar los objetivos institucionales, la Persona Titular de la Institución debe asignar responsabilidad y delegar autoridad a los puestos clave a lo largo de la institución.

3.06 La Administración debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada unidad, debe determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas y debe establecer dichos puestos.

3.07 La Persona Titular de la Institución debe determinar qué nivel de autoridad necesitan los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.

Documentación y Formalización del Control Interno.

3.08 La Administración debe desarrollar y actualizar la documentación y formalización de su control interno.

3.09 La documentación y formalización efectiva del control interno apoya a la Administración en el diseño, implementación, operación y actualización de éste, al establecer y comunicar al personal el cómo, qué, cuándo, dónde y por qué del control interno.

3.10 La Administración debe documentar y formalizar el control interno para satisfacer las necesidades operativas de la institución. La documentación de controles, incluidos los cambios realizados a éstos, es evidencia de que las actividades de control son identificadas, comunicadas a los responsables de su funcionamiento y que pueden ser supervisadas y evaluadas por la institución.

3.11 La extensión de la documentación necesaria para respaldar el diseño, implementación y eficacia operativa de las cinco Normas Generales de Control Interno depende del juicio de la Administración, del mandato institucional y de las disposiciones jurídicas aplicables.

PRINCIPIO 4: Demostrar compromiso con la competencia profesional.- La Administración es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo:

ELEMENTOS DE CONTROL:

Expectativas de Competencia Profesional.

4.01 La Administración debe establecer expectativas de competencia profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar a la institución a lograr sus objetivos.

4.02 La Administración debe contemplar los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada al establecer expectativas de competencia profesional para los puestos clave y para el resto del personal, a través de políticas al interior del Sistema de Control Interno Institucional.

4.03 El personal debe poseer y mantener un nivel de competencia profesional que le permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia y eficacia del control interno. La Administración debe evaluar la competencia profesional del personal en toda la institución.

Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales.

4.04 La Administración debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos de la institución. Por lo tanto, debe seleccionar y contratar, capacitar, proveer orientación en el desempeño, motivación y reforzamiento del personal.

Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias.

4.05 La Administración debe definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos.

4.06 La Administración debe seleccionar y capacitar al personal candidato que asumirán los puestos clave. Si la Administración utiliza servicios tercerizados para cumplir con las responsabilidades asignadas a puestos clave, debe evaluar si éstos pueden continuar con los puestos clave y debe identificar otros servicios tercerizados para tales puestos.

4.07 La Administración debe definir los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación.

PRINCIPIO 5: Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas. La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en la institución y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en el SCII:

ELEMENTOS DE CONTROL:

Establecimiento de la Estructura para Responsabilizar al Personal por sus Obligaciones de Control Interno.

5.01 La Administración debe establecer y mantener una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones específicas en materia de control interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. La Persona Titular de la Institución o, en su caso, el Órgano de Gobierno deben evaluar y responsabilizar a la Administración por el desempeño de sus funciones en materia de control interno.

5.02 En caso de que la Administración establezca incentivos para el desempeño del personal, debe reconocer que tales estímulos pueden provocar consecuencias no deseadas, por lo que debe evaluarlos a fin de que se encuentren alineados a los principios éticos y normas de conducta de la institución.

5.03 La Administración debe responsabilizar a las organizaciones de servicios que contrate por las funciones de control interno relacionadas con las actividades tercerizadas que realicen.

5.04 La Administración, bajo la supervisión de la Persona Titular de la Institución o, en su caso, del Órgano de Gobierno deben tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas.

Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal.

5.05 La Administración debe equilibrar las presiones excesivas sobre el personal de la institución.

5.06 La Administración es responsable de evaluar las presiones sobre el personal para ayudarles a cumplir con sus responsabilidades asignadas, en alineación con las normas de conducta, los principios éticos y el programa de promoción de la integridad.

SEGUNDA NORMA: Administración de riesgos.

Es el proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas. Para la aplicación de esta norma, la Persona Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

PRINCIPIO 6: Definir Metas y Objetivos institucionales. La Persona Titular de la Institución, con el apoyo de la Administración, deben definir claramente las metas y objetivos, a través de un plan estratégico que, de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación al Plan Estatal de Desarrollo y a los Programas Institucionales, Sectoriales y Especiales:

ELEMENTOS DE CONTROL:

Definición de Objetivos.

6.01 La Administración debe definir objetivos en términos específicos y medibles para permitir el diseño del control interno y sus riesgos asociados.

6.02 La Administración debe definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles en la institución. La definición de los objetivos debe realizarse en alineación con el mandato, la misión y visión institucional, con su plan estratégico y con otros planes y programas aplicables, así como con las metas de desempeño.

6.03 La Administración debe definir objetivos en términos medibles cuantitativa y/o cualitativamente de manera que se pueda evaluar su desempeño.

6.04 La Administración debe considerar los requerimientos externos y las expectativas internas al definir los objetivos que permiten el diseño del control interno.

6.05 La Administración debe evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas de la institución, así como con el Plan Estatal de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Institucionales, Especiales y demás planes, programas y disposiciones aplicables.

6.06 La Administración debe determinar si los instrumentos e indicadores de desempeño para los objetivos establecidos son apropiados para evaluar el desempeño de la institución.

PRINCIPIO 7: Identificar, analizar y responder a los riesgos.- La Administración, debe identificar riesgos en todos los procesos institucionales, analizar su relevancia y diseñar acciones suficientes para responder a éstos y

asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados al personal de la institución, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas:

ELEMENTOS DE CONTROL:

Identificación de Riesgos.

7.01 La Administración debe identificar riesgos en toda la institución para proporcionar una base para analizarlos, diseñar respuestas y determinar si están asociados con el mandato institucional, su plan estratégico, los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Institucionales y Especiales y demás planes y programas aplicables de acuerdo con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica, y de conformidad con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

7.02 Para identificar riesgos, la Administración debe considerar los tipos de eventos que impactan a la institución. Esto incluye tanto el riesgo inherente como el riesgo residual. El riesgo inherente es el riesgo que enfrenta la institución cuando la Administración no responde ante el riesgo. El riesgo residual es el riesgo que permanece después de la respuesta de la Administración al riesgo inherente. La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos puede causar deficiencias graves en el control interno.

7.03 La Administración debe considerar todas las interacciones significativas dentro de la institución y con las partes externas, cambios y otros factores tanto internos como externos, para identificar riesgos en toda la institución.

Análisis de Riesgos.

7.04 La Administración debe analizar los riesgos identificados para estimar su relevancia, lo cual provee la base para responder a éstos. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos.

7.05 La Administración debe estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel institución como a nivel transacción.

La Administración debe estimar la importancia de un riesgo al considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza del riesgo.

7.06 Los riesgos pueden ser analizados sobre bases individuales o agrupadas dentro de categorías de riesgos asociados, los cuales son analizados de manera colectiva.

La Administración debe considerar la correlación entre los distintos riesgos o grupos de riesgos al estimar su relevancia.

Respuesta a los Riesgos.

7.07 La Administración debe diseñar respuestas a los riesgos analizados de tal modo que éstos se encuentren debidamente controlados para asegurar razonablemente el cumplimiento de sus objetivos.

7.08 Con base en la respuesta al riesgo seleccionada, la Administración debe diseñar acciones específicas de atención, como un programa de trabajo de administración de riesgos, el cual proveerá mayor garantía de que la institución alcanzará sus objetivos. La Administración debe efectuar evaluaciones periódicas de riesgos con el fin de asegurar la efectividad de las acciones de control propuestas para mitigarlos.

PRINCIPIO 8: Considerar el Riesgo de Corrupción.- La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada

salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos asociados, principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos:

ELEMENTOS DE CONTROL:

Tipos de Corrupción.

8.01 La Administración debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la institución, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. Entre los tipos de corrupción más comunes se encuentran:

- Informes Financieros Fraudulentos. Consistentes en errores intencionales u omisiones de cantidades o revelaciones en los estados financieros para engañar a usuarios de los estados financieros.

- Apropiación indebida de activos. Entendida como el robo de activos de la institución. Esto podría incluir el robo de la propiedad, la malversación de los ingresos o pagos fraudulentos.

- Conflicto de interés. Cuando los intereses personales, familiares o de negocios de una Persona Servidora Pública puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, comisiones o funciones.

- Utilización de los recursos asignados y las facultades atribuidas para fines distintos a los legales.

- Pretensión de la Persona Servidora Pública de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la Institución le otorga por el desempeño de su función.

- Participación indebida de la Persona Servidora Pública en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier Persona Servidora Pública, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio para la Persona Servidora Pública o para un tercero.

- Aprovechamiento del cargo o comisión de la Persona Servidora Pública para inducir a que otras o a una tercera Persona Servidora Pública efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para otras personas.

- Coalición con otras Personas Servidoras Públicas o terceras Personas para obtener ventajas o ganancias ilícitas.

- Intimidación o extorsión de la Persona Servidora Pública para presionar a otras Personas a realizar actividades ilegales o ilícitas.

- Tráfico de influencias. Consistente en que la Persona Servidora Pública utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otra Persona Servidora Pública efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceras Personas con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que la Persona Servidora Pública o las personas antes referidas formen parte.

- Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. Cuando en el ejercicio de sus funciones, la Persona Servidora Pública llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.

- Peculado. Cuando la Persona Servidora Pública autorice, solicite o realice actos para el uso o apropiación para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones

profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que la Persona Servidora Pública o las personas antes referidas formen parte, de recursos públicos, sean materiales, humanos o financieros, sin fundamento jurídico o en contraposición a las normas aplicables.

8.02 Además de la corrupción, la Administración debe considerar que pueden ocurrir otras transgresiones a la integridad, por ejemplo: el desperdicio de recursos de manera exagerada, extravagante o sin propósito; o el abuso de autoridad; o el uso del cargo para la obtención de un beneficio ilícito para sí o para una tercera Persona.

Factores de Riesgo de Corrupción.

8.03 La Administración debe considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren.

8.04 La Administración al utilizar el abuso, desperdicio y otras irregularidades como factores de riesgos de corrupción, debe considerar que cuando uno o más de estos están presentes podría indicar un riesgo de corrupción y que puede ser mayor cuando los tres factores están presentes. También se debe utilizar la información provista por partes internas y externas para identificar los riesgos de corrupción.

Respuesta a los Riesgos de Corrupción.

8.05 La Administración debe analizar y responder a los riesgos de corrupción, a fin de que sean efectivamente mitigados. Estos riesgos deben ser analizados por su relevancia, tanto individual como en su conjunto, mediante el mismo proceso de análisis de riesgos efectuado para todos los demás riesgos identificados.

8.06 La Administración debe responder a los riesgos de corrupción, mediante el mismo proceso de respuesta general y acciones específicas para atender todos los riesgos institucionales analizados. Esto posibilita la implementación de controles anticorrupción en la institución. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre el personal para mejorar la segregación de funciones.

PRINCIPIO 9: Identificar, analizar y responder al cambio.- La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el control interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y/o surgir nuevos riesgos.

Los cambios internos incluyen modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología. Los cambios externos refieren al entorno gubernamental, económico, tecnológico, legal, regulatorio y físico. Los cambios significativos identificados deben ser comunicados al personal adecuado de la institución mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.

ELEMENTOS DE CONTROL:

Identificación del Cambio.

9.01 En la administración de riesgos o un proceso similar, la Administración debe identificar cambios que puedan impactar significativamente al control interno. La identificación, análisis y respuesta al cambio es parte del proceso regular de administración de riesgos.

9.02 La Administración debe prevenir y planear acciones ante cambios significativos en las condiciones internas (modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología) y externas (cambios en los entornos gubernamentales, económicos, tecnológicos, legales, regulatorios y físicos).

Análisis y Respuesta al Cambio.

9.03 La Administración debe analizar y responder a los cambios identificados y a los riesgos asociados con éstos, con el propósito de mantener un control interno apropiado.

9.04 Las condiciones cambiantes usualmente generan nuevos riesgos o cambios a los riesgos existentes, los cuales deben ser evaluados para identificar, analizar y responder a cualquiera de éstos.

TERCERA NORMA: Actividades de Control.

Son las acciones que define y desarrolla la Administración mediante políticas, procedimientos y tecnologías de la información con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción.

Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la institución, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

En todos los niveles de la institución existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todas las Personas Servidoras Públicas conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o unidad administrativa. Para la aplicación de esta norma, la Persona Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control.

PRINCIPIO 10: Diseñar actividades de control. La Administración debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos institucionales, incluyendo los riesgos de corrupción:

ELEMENTOS DE CONTROL:

Respuesta a los Objetivos y Riesgos.

10.01 La Administración debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado.

Diseño de Actividades de Control Apropiadas.

10.02 La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudan a la Persona Titular de la Institución y a la Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno. A continuación, se presentan de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la institución:

- Revisiones por la Administración del desempeño actual, a nivel función o actividad.

- Administración del capital humano.

- Controles sobre el procesamiento de la información.

- Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.

- Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño.

- Segregación de funciones.

- Ejecución apropiada de transacciones.

- Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.

- Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos.

- Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno.

10.03 Las actividades de control pueden ser preventivas o detectivas. La primera se dirige a evitar que la institución falle en lograr un objetivo o enfrentar un riesgo y la segunda descubre antes de que concluya la operación cuándo la institución no está alcanzando un objetivo o enfrentando un riesgo, y corrige las acciones para ello.

10.04 La Administración debe evaluar el propósito de las actividades de control, así como el efecto que una deficiencia tiene en el logro de los objetivos institucionales. Si tales actividades cumplen un propósito significativo o el efecto de una deficiencia en el control sería relevante para el logro de los objetivos, la Administración debe diseñar actividades de control tanto preventivas como detectivas para esa transacción, proceso, unidad administrativa o función.

10.05 Las actividades de control deben implementarse ya sea de forma automatizada o manual, considerando que las automatizadas tienden a ser más confiables, ya que son menos susceptibles a errores humanos y suelen ser más eficientes. Si las operaciones en la Institución descansan en tecnologías de información, la Administración debe diseñar actividades de control para asegurar que dichas tecnologías se mantienen funcionando correctamente y son apropiadas para el tamaño, características y mandato de la institución.

Diseño de Actividades de Control en varios niveles.

10.06 La Administración debe diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.

10.07 La Administración debe diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos y los riesgos en las operaciones, así como a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la institución cumpla con sus objetivos y conduzca los riesgos relacionados.

10.08 Los controles a nivel institución tienen un efecto generalizado en el control interno y pueden relacionarse con más de una de las Normas Generales.

10.09 Las actividades de control a nivel transacción son acciones integradas directamente en los procesos operativos para contribuir al logro de los objetivos y enfrentar los riesgos asociados, las cuales pueden incluir verificaciones, conciliaciones, autorizaciones y aprobaciones, controles físicos y supervisión.

10.10 Al elegir entre actividades de control a nivel institución o de transacción, la Administración debe evaluar el nivel de precisión necesario para que la institución cumpla con sus objetivos y enfrente los riesgos relacionados, considerando el propósito de las actividades de control, su nivel de agregación, la regularidad del control y su correlación directa con los procesos operativos pertinentes.

Segregación de Funciones.

10.11 La Administración debe considerar la segregación de funciones en el diseño de las responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean segregadas y, cuando dicha segregación no sea práctica, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.

10.12 La segregación de funciones contribuye a prevenir corrupción, desperdicio y abusos en el control interno. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades, incompatibles entre sí, las realiza una sola Persona Servidora Pública, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al riesgo de colusión en el que dos o más Personas Servidoras Públicas se confabulan para eludir los controles.

10.13 Si la segregación de funciones no es práctica en un proceso operativo debido a personal limitado u otros factores, la Administración debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar el riesgo de corrupción, desperdicio o abuso en los procesos operativos.

PRINCIPIO 11: Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC´s. La Administración debe desarrollar actividades de control, que contribuyan a dar respuesta y reducir los riesgos identificados, basadas principalmente en el uso de las tecnologías de información y comunicaciones para apoyar el logro de metas y objetivos institucionales.

ELEMENTOS DE CONTROL:

Desarrollo de los Sistemas de Información.

11.01 La Administración debe desarrollar los sistemas de información de la institución de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.

11.02 La Administración debe desarrollar los sistemas de información para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos. Dichos sistemas contribuyen a alcanzar los objetivos institucionales y a responder a los riesgos asociados. Un sistema de información se integra por el personal, los procesos, los datos y la tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información.

Un sistema de información debe incluir tanto procesos manuales como automatizados. Los procesos automatizados se conocen comúnmente como las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC’s).

11.03 La Administración debe desarrollar los sistemas de información y el uso de las TIC’s considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la institución. Las TIC’s permiten que la información relacionada con los procesos operativos esté disponible de la forma más oportuna y confiable para la institución. Adicionalmente, las TIC’s pueden fortalecer el control interno sobre la seguridad y la confidencialidad de la información mediante una adecuada restricción de accesos. Aunque las TIC’s conllevan tipos específicos de actividades de control, no representan una consideración de control “independiente”, sino que son parte integral de la mayoría de las actividades de control.

11.04 La Administración también debe evaluar los objetivos de procesamiento de información: integridad, exactitud y validez, para satisfacer las necesidades de información definidas.

Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropiadas.

11.05 La Administración debe diseñar actividades de control apropiadas en los sistemas información para garantizar la cobertura de los objetivos de procesamiento de la información en los procesos operativos. En los sistemas de información, existen dos tipos principales de actividades de control: generales y de aplicación.

11.06 Los controles generales (a nivel institución, de sistemas y de aplicaciones) son las políticas y procedimientos que se aplican a la totalidad o a un segmento de los sistemas de información. Los controles generales fomentan el buen funcionamiento de los sistemas de información mediante la creación de un entorno apropiado para el correcto funcionamiento de los controles de aplicación. Los controles generales deben incluir la administración de la seguridad, acceso lógico y físico, administración de la configuración, segregación de funciones, planes de continuidad y planes de recuperación de desastres, entre otros.

11.07 Los controles de aplicación, a veces llamados controles de procesos de operación, son los controles que se incorporan directamente en las aplicaciones informáticas para contribuir a asegurar la validez, integridad, exactitud y confidencialidad de las transacciones y los datos durante el proceso de las aplicaciones. Los controles de aplicación deben incluir las entradas, el procesamiento, las salidas, los archivos maestros, las interfaces y los controles para los sistemas de administración de datos, entre otros.

Diseño de la Infraestructura de las TIC's.

11.08 La Administración debe diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de TIC's. Las TIC's requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad. La infraestructura de TIC's de la institución puede ser compleja y puede ser compartida por diferentes unidades dentro de la misma o tercerizada. La Administración debe evaluar los objetivos de la institución y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's.

11.09 La Administración debe mantener la evaluación de los cambios en el uso de las TIC's y debe diseñar nuevas actividades de control cuando estos cambios se incorporan en la infraestructura de las TIC's. La Administración también debe diseñar actividades de control necesarias para mantener la infraestructura de las TIC's. El mantenimiento de la tecnología debe incluir los procedimientos de respaldo y recuperación de la información, así como la continuidad de los planes de operación, en función de los riesgos y las consecuencias de una interrupción total o parcial de los sistemas de energía, entre otros.

Diseño de la Administración de la Seguridad.

11.10 La Administración debe diseñar actividades de control para la gestión de la seguridad sobre los sistemas de información con el fin de garantizar el acceso adecuado, de fuentes internas y externas a éstos. Los objetivos para la gestión de la seguridad deben incluir la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.

11.11 La gestión de la seguridad debe incluir los procesos de información y las actividades de control relacionadas con los permisos de acceso a las TIC's, incluyendo quién tiene la capacidad de ejecutar transacciones. La gestión de la seguridad debe incluir los permisos de acceso a través de varios niveles de datos, el sistema operativo (software del sistema), la red de comunicación, aplicaciones y segmentos físicos, entre otros. La Administración debe diseñar las actividades de control sobre permisos para proteger a la institución del acceso inapropiado y el uso no autorizado del sistema.

11.12 La Administración debe evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's tanto de fuentes internas como externas.

11.13 La Administración debe diseñar actividades de control para limitar el acceso de los usuarios a las TIC's a través de controles como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de usuarios.

Diseño de la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC's.

11.14 La Administración debe diseñar las actividades de control para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's. La Administración puede utilizar un modelo de Ciclo de Vida del Desarrollo de Sistemas (CVDS) en

el diseño de las actividades de control. El CVDS proporciona una estructura para un nuevo diseño de las TIC's al esbozar las fases específicas y documentar los requisitos, aprobaciones y puntos de revisión dentro de las actividades de control sobre la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la tecnología.

11.15 La Administración puede adquirir software de TIC's, por lo que debe incorporar metodologías para esta acción y debe diseñar actividades de control sobre su selección, desarrollo continuo y mantenimiento. Las actividades de control sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.

11.16 La contratación de servicios tercerizados para el desarrollo de las TIC's es otra alternativa y la Administración también debe evaluar los riesgos que su utilización representa para la integridad, exactitud y validez de la información presentada a los servicios tercerizados y ofrecida por éstos.

PRINCIPIO 12: Implementar Actividades de Control.- La Administración debe poner en operación, políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

ELEMENTOS DE CONTROL:

Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de Políticas.

12.01 La Administración debe documentar, a través de políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de control interno en la institución.

12.02 La Administración debe documentar mediante políticas para cada unidad su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de sus riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la implementación de los controles y de su eficacia operativa.

12.03 El personal de las unidades que ocupa puestos clave puede definir con mayor amplitud las políticas a través de los procedimientos del día a día, dependiendo de la frecuencia del cambio en el entorno operativo y la complejidad del proceso operativo. La Administración debe comunicar al personal las políticas y procedimientos para que éste pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas.

Revisiones Periódicas a las Actividades de Control.

12.04 La Administración debe revisar periódicamente las políticas, procedimientos y actividades de control asociadas para mantener la relevancia y eficacia en el logro de los objetivos o en el enfrentamiento de sus riesgos.

CUARTA NORMA: Información y Comunicación.

La información y comunicación son relevantes para el logro de los objetivos institucionales. Al respecto, la Administración debe establecer mecanismos que aseguren que la información relevante cuenta con los elementos de calidad suficientes y que los canales de comunicación tanto al interior como al exterior son efectivos.

La información que las Personas Servidoras Públicas generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el Sistema de Control Interno Institucional debe cubrir los requisitos establecidos por la Administración, con la exactitud apropiada, así como con la especificidad requerida del personal pertinente.

Los sistemas de información y comunicación, deben diseñarse e instrumentarse bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento que permitan determinar si se están cumpliendo las metas y objetivos institucionales con el uso eficiente de los recursos. La Administración

requiere tener acceso a información relevante y mecanismos de comunicación confiables, en relación con los eventos internos y externos que pueden afectar a la institución.

Para la aplicación de esta norma, la Persona Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

PRINCIPIO 13: Usar Información relevante y de calidad. La Administración debe implementar los medios necesarios para que las unidades administrativas generen y utilicen información relevante y de calidad, que contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales y den soporte al SCII;

ELEMENTOS DE CONTROL:

Identificación de los Requerimientos de Información.

13.01 La Administración debe diseñar un proceso que considere los objetivos institucionales y los riesgos asociados a éstos, para identificar los requerimientos de información necesarios para alcanzarlos y enfrentarlos, respectivamente. Estos requerimientos deben considerar las expectativas de las Personas usuarias internas y externas.

13.02 La Administración debe identificar los requerimientos de información en un proceso continuo que se desarrolla en todo el control interno. Conforme ocurre un cambio en la institución, en sus objetivos y riesgos, la Administración debe modificar los requisitos de información según sea necesario para cumplir con los objetivos y hacer frente a los riesgos modificados.

Datos Relevantes de Fuentes Confiables.

13.03 La Administración debe obtener datos relevantes de fuentes confiables internas y externas, de manera oportuna, y en función de los requisitos de información identificados y establecidos. Los datos relevantes tienen una conexión lógica con los requisitos de información identificados y establecidos. Las fuentes internas y externas confiables proporcionan datos que son razonablemente libres de errores y sesgos.

Datos Procesados en Información de Calidad.

13.04 La Administración debe procesar los datos obtenidos y transformarlos en información de calidad que apoye al control interno.

13.05 La Administración debe procesar datos relevantes a partir de fuentes confiables y transformarlos en información de calidad dentro de los sistemas de información de la institución.

PRINCIPIO 14: Usar Comunicar Internamente. La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.

ELEMENTOS DE CONTROL:

Comunicación en toda la Institución.

14.01 La Administración debe comunicar información de calidad en toda la institución utilizando las líneas de reporte y autoridad establecidas. Tal información debe comunicarse hacia abajo, lateralmente y hacia arriba, mediante líneas de reporte, es decir, en todos los niveles de la institución.

14.02 La Administración debe comunicar información de calidad hacia abajo y lateralmente a través de las líneas de reporte y autoridad para permitir que el personal desempeñe funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al control interno.

14.03 La Administración debe recibir información de calidad sobre los procesos operativos de la institución, la cual fluye por las líneas de reporte y autoridad apropiadas para que el personal apoye a la Administración en la consecución de los objetivos institucionales.

14.04 La Persona Titular de la Institución o, en su caso, el Órgano de Gobierno deben recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la Administración y demás personal. La información relacionada con el control interno que es comunicada a la Persona Titular de la Institución o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de control interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del control interno.

14.05 Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, el personal utiliza líneas separadas para comunicarse de manera ascendente. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales, pueden requerir a las instituciones establecer líneas de comunicación separadas, como líneas éticas de denuncia, para la comunicación de información confidencial o sensible.

Métodos Apropiados de Comunicación.

14.06 La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse internamente y considerar una serie de factores en la selección de los métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: la audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, los requisitos legales o reglamentarios, el costo para comunicar la información, y los requisitos legales o reglamentarios.

14.07 La Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o en formato electrónico, o reuniones con el personal. Asimismo, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar internamente información de calidad de manera oportuna.

PRINCIPIO 15: Comunicar Externamente. La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante.

ELEMENTOS DE CONTROL:

Comunicación con Partes Externas.

15.01 La Administración debe comunicar a las partes externas, y obtener de éstas, información de calidad, utilizando las líneas de reporte establecidas. Las líneas abiertas y bidireccionales de reporte con partes externas permiten esta comunicación. Las partes externas incluyen, entre otros, a proveedores, contratistas, servicios tercerizados, reguladores, auditoría externa, Instituciones gubernamentales y el público en general.

15.02 La Administración debe comunicar información de calidad externamente a través de las líneas de reporte. De ese modo, las partes externas pueden contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y a enfrentar sus riesgos asociados. La Administración debe incluir en esta información la comunicación relativa a los eventos y actividades que impactan el control interno.

15.03 La Administración debe recibir información externa a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Administración debe incluir los asuntos significativos relativos a los

riesgos, cambios o problemas que afectan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para el funcionamiento eficaz y apropiado del control interno.

15.04 La Persona Titular de la Institución o, en su caso, el Órgano de Gobierno deben recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Persona Titular de la Institución o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas que impactan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del control interno.

15.05 Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas para comunicarse con la institución. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales pueden requerir a las instituciones establecer líneas separadas de comunicación, como líneas éticas de denuncia, para comunicar información confidencial o sensible. La Administración debe informar a las partes externas sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información.

Métodos Apropiados de Comunicación.

15.06 La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse externamente. Asimismo, debe considerar una serie de factores en la selección de métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo, y los requisitos legales o reglamentarios.

15.07 Con base en la consideración de los factores, la Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o formato electrónico, o reuniones con el personal. De igual manera, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.

15.08 Las instituciones deben informar sobre su desempeño a las instancias y autoridades que correspondan, de acuerdo con las disposiciones aplicables. Adicionalmente, deben rendir cuentas a la ciudadanía sobre su actuación y desempeño.

QUINTA NORMA: Supervisión y Mejora Continua.

Son las actividades establecidas y operadas por personal responsable designado por la Persona Titular de la institución, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno, mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la Administración en cada uno de los procesos que realiza, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías realizadas por el Órgano Interno de Control y por otras instancias fiscalizadoras, ya que proporcionan una supervisión adicional a nivel institución, división, unidad administrativa o función.

La supervisión contribuye a la optimización permanente del control interno y, por lo tanto, a la calidad en el desempeño de las operaciones, la salvaguarda de los recursos públicos, la prevención de la corrupción, la oportuna resolución de los hallazgos de auditoría y de otras revisiones, así como a la idoneidad y suficiencia de los controles implementados.

El Sistema de Control Interno Institucional debe mantenerse en un proceso de supervisión y mejora continua, con el propósito de asegurar que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, verificación y evaluación interna y/o por las diferentes instancias fiscalizadoras, se resuelva con oportunidad y diligencia, dentro de los plazos establecidos de acuerdo a las acciones a realizar, debiendo identificar y atender la causa raíz de las mismas a efecto de evitar su recurrencia.

Para la aplicación de esta norma, la Persona Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

PRINCIPIO 16: Realizar actividades de supervisión.- La Administración implementará actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados, por lo que deberá realizar una comparación del estado que guarda, contra el diseño establecido por la Administración; efectuar autoevaluaciones y considerar las auditorías y evaluaciones de las diferentes instancias fiscalizadoras, sobre el diseño y eficacia operativa del control interno, documentando sus resultados para identificar las deficiencias y cambios que son necesarios aplicar al control interno, derivado de modificaciones en la institución y su entorno.

ELEMENTOS DE CONTROL:

Establecimiento de Bases de Referencia.

16.01 La Administración debe establecer bases de referencia para supervisar el control interno, comparando su estado actual contra el diseño efectuado por la Administración. Dichas bases representarán la diferencia entre los criterios de diseño del control interno y su estado en un punto específico en el tiempo, por lo que deberán revelar las debilidades y deficiencias detectadas en el control interno de la institución.

16.02 Una vez establecidas las bases de referencia, la Administración debe utilizarlas como criterio en la evaluación del control interno, y cuando existan diferencias entre las bases y las condiciones reales realizar los cambios necesarios para reducirlas, ajustando el diseño del control interno y enfrentar mejor los objetivos y los riesgos institucionales o mejorar la eficacia operativa del control interno. Como parte de la supervisión, la Administración debe determinar cuándo revisar las bases de referencia, mismas que servirán para las evaluaciones de control interno subsecuentes.

Supervisión del Control Interno.

16.03 La Administración debe supervisar el control interno a través de autoevaluaciones y evaluaciones independientes. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones de la institución, se realizan continuamente y responden a los cambios. Las evaluaciones independientes se utilizan periódicamente y pueden proporcionar información respecto de la eficacia e idoneidad de las autoevaluaciones.

16.04 La Administración debe realizar autoevaluaciones al diseño y eficacia operativa del control interno como parte del curso normal de las operaciones, en donde se deben incluir actividades de supervisión permanente por parte de la Administración, comparaciones, conciliaciones y otras acciones de rutina, así como herramientas automatizadas, las cuales permiten incrementar la objetividad y la eficiencia de los resultados mediante la recolección electrónica de las autoevaluaciones a los controles y transacciones.

16.05 La Administración puede incorporar evaluaciones independientes para supervisar el diseño y la eficacia operativa del control interno en un momento determinado, o de una función o proceso específico. El alcance y la frecuencia de las evaluaciones independientes dependen, principalmente, de la administración de riesgos, la eficacia del monitoreo permanente y la frecuencia de cambios dentro de la institución y en su entorno.

16.06 Las evaluaciones independientes también incluyen auditorías y otras evaluaciones que pueden implicar la revisión del diseño de los controles y la prueba directa a la implementación del control interno.

16.07 La Administración conserva la responsabilidad de supervisar si el control interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los servicios tercerizados. También debe utilizar autoevaluaciones, las evaluaciones independientes o una combinación de ambas para obtener una seguridad razonable sobre la eficacia operativa de los controles internos sobre los procesos asignados a los servicios tercerizados.

Evaluación de Resultados.

16.08 La Administración debe evaluar y documentar los resultados de las autoevaluaciones y de las evaluaciones independientes para identificar problemas en el control interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar si el control interno es eficaz y apropiado.

16.09 La Administración debe identificar los cambios que han ocurrido en el control interno, derivados de modificaciones en la institución y en su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Administración a identificar problemas en el control interno como son las quejas o denuncias de la ciudadanía y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos.

PRINCIPIO 17: Evaluar los problemas y corregir las deficiencias.- Todas las Personas Servidoras Públicas de la institución deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a las Personas responsables de adoptar medidas correctivas, como a la Persona Titular de la Institución, a la Administración y, en su caso, al Órgano de Gobierno, a través de las líneas de reporte establecidas; la Administración es responsable de corregir las deficiencias de control interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por los responsables. Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la institución.

ELEMENTOS DE CONTROL:

Informe sobre Problemas.

17.01 Todo el personal debe reportar a las partes internas y externas adecuadas los problemas de control interno que haya detectado, mediante las líneas de reporte establecidas, para que la Administración, las unidades especializadas, en su caso, y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones**.**

17.02 El personal puede identificar problemas de control interno en el desempeño de sus responsabilidades. Asimismo, debe comunicar estas cuestiones internamente al personal en la función clave responsable del control interno o proceso asociado y, cuando sea necesario, a otro de un nivel superior a dicho responsable. Dependiendo de la naturaleza de los temas, el personal puede considerar informar determinadas cuestiones al Órgano de Gobierno o, en su caso, a la Persona Titular de la Institución.

17.03 En función de los requisitos legales o de cumplimiento, la institución también puede requerir informar de los problemas a terceras Personas pertinentes, tales como legisladores, reguladores, organismos normativos y demás Personal encargado de la emisión de criterios y disposiciones normativas a las que la institución está sujeta.

Evaluación de Problemas.

17.04 La Administración debe evaluar y documentar los problemas de control interno y debe determinar las acciones correctivas apropiadas para hacer frente oportunamente a los problemas y deficiencias detectadas. Adicionalmente, puede asignar responsabilidades y delegar autoridad para la apropiada remediación de las deficiencias de control interno.

Acciones Correctivas.

17.05 La Administración debe poner en práctica y documentar en forma oportuna las acciones para corregir las deficiencias de control interno. Dependiendo de la naturaleza de la deficiencia, la Persona Titular de la Institución o la Administración, o el Órgano de Gobierno, en su caso, deben revisar la pronta corrección de las deficiencias, comunicar las medidas correctivas al nivel apropiado de la estructura organizativa, y delegar al personal apropiado la autoridad y responsabilidad para realizar las acciones correctivas.

CAPÍTULO II
RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII)

10. Responsabilidades y funciones.

El control interno es responsabilidad de la Persona Titular de la Institución, quien lo implementa con apoyo de la Administración (mandos superiores y medios) y del resto de las Personas Servidoras Públicas, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

I. GENÉRICAS:

Todas las Personas Servidoras Públicas de la institución, son responsables de:

a) Informar a la Persona superior jerárquica sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables, y

b) Evaluar el SCII verificando el cumplimiento de las Normas Generales, sus principios y elementos de control, así como proponer las acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua.

II. DE LA PERSONA TITULAR Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

a) Determinarán las metas y objetivos de la Institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Institución para la consecución de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Institucionales, Transversales, Regionales y Proyectos Transformadores y demás planes y programas vigentes, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;

b) Establecerán y mantendrán un SCII apropiado, operando y actualizado conforme a las Normas Generales de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;

c) La Persona Titular de la Institución supervisará que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;

d) Verificarán que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;

e) La Persona Titular de la Institución verificará, aprobará y firmará el Informe Anual, el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;

f) La Persona Titular de la Institución instruirá a la Persona Coordinadora de Control Interno la aplicación de la metodología general de administración de riesgos, descrita en las presentes Disposiciones;

g) La Persona Titular de la Institución instruirá y supervisará que las Personas Titulares de las Unidades Administrativas, la Persona Coordinadora de Control Interno y la Persona Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional con la aplicación de la metodología general de administración de riesgos que se establece en las presentes Disposiciones, y

h) La Persona Titular de la Institución instruirá a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos

para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. DE LA PERSONA COORDINADORA DE CONTROL INTERNO:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución, el Órgano Interno de Control y la **CGOIC**, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;

b) Acordar con la Persona Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del Modelo Estándar de Control Interno;

c) Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII de forma general en todos los procesos de la institución;

d) Revisar con la Persona Enlace del SCII y presentar para aprobación de la Persona Titular de la Institución el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

En la Administración de Riesgos:

e) Coordinar con la Persona Enlace de Administración de Riesgos, la aplicación de la metodología general de administración de riesgos establecida en el numeral 23 de las presentes disposiciones, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la Institución, por conducto de la Persona Enlace de Administración de Riesgos, en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos que a más tardar deberá iniciar el primer día hábil del mes de octubre de cada año;

f) Difundir en todas las unidades administrativas de la Institución, la metodología general de administración de riesgos establecida en las presentes disposiciones, y se constituya como un proceso sistemático y herramienta de gestión. En caso de que, a la metodología general de administración de riesgos a implementar, le incluyan etapas o actividades adicionales a las establecidas en las presentes Disposiciones, se deberá informar por escrito a la **CGOIC**;

g) Convocar a las Personas Titulares de todas las Unidades Administrativas de la Institución, a la Persona Titular del Órgano Interno de Control y a la Persona Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos, y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), para la autorización de la Persona Titular de la Institución, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;

h) Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes Disposiciones y ser el canal de comunicación e interacción con la Persona Titular de la Institución y la Persona Enlace de Administración de Riesgos;

i) Revisar los proyectos de Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), conjuntamente con la Persona Enlace de Administración de Riesgos, para ser enviados a la Persona Titular del Órgano Interno de Control para su revisión y emisión de la retroalimentación correspondiente;

j) Revisar los Reportes de Avances Trimestrales del PTAR y del Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos y requisitar firmas para su presentación ante las instancias correspondientes, y

k) Presentar a más tardar el último día hábil del mes de enero de cada año para firma de la Persona Titular de la Institución y de la Persona Enlace de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR);

l) Enviar a más tardar dentro de los primeros 15 días hábiles del mes de enero de cada año a la Persona Titular de la Coordinación General de Órganos Internos de Control **(CGOIC)** y a la Persona Titular del Órgano Interno de Control (OIC) correspondiente debidamente autorizado y firmado, el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, para que el OIC lo analice y emita su opinión, comentarios y recomendaciones en la primera sesión ordinaria del año del Comité, respecto a la Administración de Riesgos de la Institución;

m) Enviar a la Persona Titular de la Coordinación General de Órganos Internos de Control (CGOIC) y a la Persona Titular del Órgano Interno de Control (OIC) correspondiente, a más tardar en los primeros 5 días hábiles del mes de febrero de cada año, el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR); debidamente firmados para el seguimiento correspondiente;

n) Difundir a las Personas Titulares de las Unidades Administrativas de la Institución, el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) autorizados, e instruir la implementación y seguimiento trimestral de las acciones de control comprometidas del PTAR según corresponda;

o) Comunicar a la Persona Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier reforma al Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), determinados en las sesiones del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda, para la actualización correspondiente;

p) Enviar a más tardar dentro de los primeros 15 días hábiles del mes siguiente al que se informa, el Reporte de Avance Trimestral del PTAR correspondiente a cada trimestre del año, a la Persona Titular del Órgano Interno de Control, para la evaluación correspondiente;

q) Presentar los documentos descritos en los incisos j) y k) de esta fracción III, en la primera sesión ordinaria del ejercicio fiscal correspondiente, del Comité y del Órgano de Gobierno, según corresponda, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

r) Determinar, conjuntamente con la Persona Presidente y la Persona Vocal Ejecutivo, los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y reflejarlos en el Orden del Día; así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;

s) Instruye a la Persona Enlace del Comité, requerir a las Personas Titulares de las Unidades Administrativas de la Institución y a la Persona Titular del Órgano Interno de Control, enviar la información que les compete para la integración de la carpeta electrónica en los 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión, y

t) Revisar y validar que la información institucional enviada por las Unidades Administrativas sea suficiente, relevante y competente, e instruye a la Persona Enlace del Comité para la conformación de la carpeta electrónica completa y debidamente integrada a más tardar 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

IV. DE LA PERSONA ENLACE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL:

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre la Persona Coordinadora de Control Interno y las Unidades Administrativas de la Institución;

b) Coordinar a las Unidades Administrativas para la aplicación de la evaluación del SCII a sus procesos prioritarios;

c) Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las Unidades Administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;

d) Revisar con las Personas Titulares de las Unidades Administrativas de la Institución, la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las 5 Normas Generales, sus principios y elementos de control, detectadas en la evaluación del SCII;

e) Elaborar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión de la Persona Coordinadora de Control Interno;

f) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI por la inclusión de nuevas acciones de mejora, para revisión de la Persona Coordinadora de Control Interno;

g) Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avances Trimestral al cumplimiento del PTCI y presentarlo a la Persona Coordinadora de Control Interno para revisión y autorización correspondiente, y

h) Conjuntar el Informe Anual, el PTCI y el Reporte de Avances Trimestral, revisados y autorizados para ser presentados ante las instancias correspondientes.

V. DE LA PERSONA ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Persona Coordinadora de Control Interno y las Unidades Administrativas responsables de dar seguimiento a las acciones de control comprometidas del PTAR, así como al Proceso de Administración de Riesgos;

b) Informar y orientar a las Unidades Administrativas sobre la aplicación de la metodología general de administración de riesgos establecida en las presentes disposiciones, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR);

c) Revisar y analizar la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar a revisión de la Persona Coordinadora de Control Interno los proyectos institucionales del Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR); el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos;

d) Enviar a más tardar el último día hábil del mes de diciembre de cada año, a la Persona Titular del Órgano Interno de Control (OIC), para su revisión y retroalimentación, los proyectos del Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR);

e) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados, así como las subsecuentes actualizaciones que se realicen;

f) Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avance Trimestral;

g) Actualizar de forma permanente el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), con los riesgos que sean identificados posteriormente, o determinados por el Comité o el Órgano de Gobierno, según corresponda, y

h) Conjuntar debidamente autorizados y firmados el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, para su presentación en la 1ª. Sesión Ordinaria del año, del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) y del Órgano de Gobierno (Entidades).

VI. DE LA PERSONA ENLACE DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL:

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre la Persona Coordinadora de Control Interno y las Unidades Administrativas de la Institución;

b) Solicitar a las Personas Titulares de las Unidades Administrativas de la Institución y a la Persona Titular del Órgano Interno de Control, la información suficiente, relevante y competente para la integración de la carpeta electrónica con diez días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité;

c) Remitir a la Persona Coordinadora de Control Interno la información institucional consolidada en la carpeta electrónica para su revisión y validación;

d) Integrar la carpeta electrónica final para consulta de las Personas convocadas con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité, y

e) Registrar el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

VII. DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Asesorar y apoyar a la Institución de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;

b) Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, sean primordialmente, sustantivas, prioritarias o de impacto que generen valor, beneficio o eficiencia a las Dependencias y Entidades, coadyuven al cumplimiento de metas y objetivos institucionales, y el cumplimiento de las mismas a más tardar el 31 de diciembre de cada año;

c) Evaluar trimestralmente el Reporte de Avances Trimestral del PTCI, dentro de los 15 días hábiles posteriores a su recepción y presentarlo ante las instancias que señalan las presentes Disposiciones.

En la Administración de Riesgos:

d) Apoyar a la Institución de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos;

e) Revisar y retroalimentar a la Dependencia y/o Entidad, respecto a los proyectos Institucionales del Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el PTAR que le sean presentados para revisión, máximo dentro de los primeros 15 días hábiles del mes de enero de cada año, con la finalidad de que sean autorizados, firmados y presentados en tiempo y forma según corresponda;

f) Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, se orienten a evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos, y el cumplimiento de las mismas a más tardar el 31 de diciembre de cada año;

g) Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya la Persona Enlace de Administración de Riesgos;

h) Evaluar trimestralmente el Reporte de Avances Trimestral del PTAR, dentro de los 15 días hábiles posteriores a su recepción y presentarlo ante las instancias que señalan las presentes Disposiciones; y

i) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión, comentarios y recomendaciones sobre el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos de la Institución.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

j) Incorporar en la carpeta electrónica de sesiones del Comité, la información de su competencia, establecida en el numeral 47 de las presentes Disposiciones.

CAPÍTULO III
EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII)

SECCIÓN I
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

11. De la Evaluación del SCII.

El SCII deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por las Personas Servidoras Públicas responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las cinco Normas Generales de Control Interno, sus 17 Principios y elementos de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control en todos los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) de la Institución, conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

Para la evaluación del SCII, la Institución la aplicará a sus procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), cuando éstos se encuentren debidamente mapeados y formalmente incorporados a su inventario de procesos. En ese sentido, los procesos podrán ser aquellos que formen parte de un mismo macroproceso, estar concatenados entre sí, o que se ejecuten de manera transversal entre varias áreas.

Para establecer procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), se pueden utilizar alguno o varios de los siguientes criterios:

a) Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Estatal de Desarrollo y programas sectoriales, institucionales, transversales, regionales y proyectos transformadores.

b) Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Institución.

c) Genera beneficios a la población (mayor rentabilidad social) o están relacionados con la entrega de subsidios.

d) Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan a la ciudadanía, en especial permisos, licencias y concesiones.

e) Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.

f) Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.

g) Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.

h) Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de las cinco Normas Generales de Control Interno y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

Primera NORMA: Ambiente de control.

1. Las Personas Servidoras Públicas de la Institución, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión (Institucional);

2. Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a las Personas encargadas de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento (Institucional);

3. La institución cuenta con un Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento del Código de Ética y de Conducta; se cumplen con las reglas de integridad para el ejercicio de la función pública y sus lineamientos generales (Institucional);

4. Se aplican, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, determinan acciones de mejora, dan seguimiento y evalúan sus resultados (Institucional);

5. La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos;

6. Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos (Institucional);

7. El manual de organización y manual de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos están alineados a los objetivos y metas institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable; y

8.Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

Segunda NORMA: Administración de riesgos.

9. Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control;

10. Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas son ejecutadas por la persona Servidora Pública facultada conforme a la normatividad;

11. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de las Personas responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos; y

12. Se instrumentan en los procesos acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Tercera NORMA: Actividades de Control.

13. Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC´s;

14. Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;

15. Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales;

16. Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;

17. Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia;

18. Se identifica en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención;

19. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;

20. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;

21. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC’s;

22. Se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC’s en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren;

23. En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC’s; y

24.- Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital Nacional en los procesos de gobernanza, organización y de entrega, relacionados con la planeación, contratación y administración de bienes y servicios de TIC’s y con la seguridad de la información (Institucional TIC’s).

Cuarta NORMA: Informar y Comunicar.

25. Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;

26. Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;

27. Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable, información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso;

28. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Órgano de Gobierno, de Comités Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;

29. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias (Institucional); y

30. Se cuenta con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección y, en su caso, al Órgano de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones **(Institucional)**.

Quinta NORMA: Supervisión y Mejora Continua.

31. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de las cinco Normas Generales de control interno;

32. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre Tecnologías de la Información, se utilizan para retroalimentar a cada una de las Personas responsables y mejorar el proceso; y

33. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte de la Persona Titular de la Institución y la Administración, Órgano Interno de Control o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

La Persona Coordinadora de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que las Personas responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), apliquen la evaluación con objeto de verificar la existencia y suficiencia de los elementos de control. La Persona responsable del proceso deberá establecer y comprometer acciones de mejora en el Programa de Trabajo de Control Interno, cuando se identifiquen debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII.

La **CGOIC** difundirá en medios electrónicos el listado de evidencias documentales y/o electrónicas sugeridas para sustentar la aplicación de cada elemento de control interno, las cuales podrán ser consideradas y/o complementadas con otras que la propia Institución tenga establecidas para comprobar que cumple con las condiciones del elemento de control.

12. Evaluación de Elementos de control adicionales.

Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, la Persona Coordinadora de Control Interno podrá incorporar en la evaluación del SCII e implementación de los 17 Principios, elementos de control adicionales a los descritos en el numeral anterior, los cuales deberán basarse en los específicos detallados en el numeral 9 de las presentes Disposiciones, mismos que retoman lo establecido en el MICI.

El Órgano Interno de Control podrá recomendar la incorporación de elementos de control adicionales en virtud de las deficiencias que llegará a identificar en el SCII, sin embargo, será la Persona Coordinadora de Control Interno quien valorará la viabilidad y pertinencia de la inclusión de dichos elementos de control adicionales.

En caso de que, como resultado de la evaluación de los elementos de control adicionales, se identifiquen áreas de oportunidad o debilidades de control, deberán incorporarse al PTCI con acciones de mejora para su seguimiento y cumplimiento correspondientes.

SECCIÓN II
INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII)

13. De su presentación.

Con base en los resultados obtenidos en la aplicación de la evaluación del SCII, las Personas Titulares de las Instituciones presentarán con su firma autógrafa un Informe Anual:

I. A la Persona Titular de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, con copia a la Persona Titular del Órgano Interno de Control y a la persona Titular de la Coordinación General de Órganos Internos de Control (CGOIC) a más tardar el último día hábil del mes de enero de cada año;

II. Al Comité en la primera sesión ordinaria, y

III. Al Órgano de Gobierno, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

14. De los apartados que lo integran.

El Informe Anual no deberá exceder de cinco cuartillas y se integrará con los siguientes apartados:

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

a)Porcentaje de cumplimiento general de las Normas Generales de Control Interno, de sus 17 Principios y de los elementos de control;

b)Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno;

c)Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de control interno, y

d) Debilidades de control interno o áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional.

II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el PTCI del ejercicio inmediato anterior.

III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCI vigente.

El resultado de la evaluación del SCII emitida por la **CGOIC**, y el PTCI del ejercicio vigente, debidamente firmado por la Persona Titular de la Institución, por la Persona Coordinadora de Control Interno y por la Persona Enlace del SCII, deberán anexarse al Informe Anual del estado que guarda el SCII y formarán parte integrante del mismo, estos 3 documentos se presentarán ante las instancias correspondientes señaladas en el numeral 13 del presente Acuerdo.

15. De la solicitud del Informe Anual en fecha distinta.

La **CGOIC** podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al último día hábil del mes de enero de cada año, por instrucciones superiores, caso fortuito o causas de fuerza mayor.

SECCIÓN III
INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO (PTCI)

16. Integración del PTCI y Acciones de Mejora.

El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en la evaluación del SCII, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes, también deberá incluir las fechas de inicio y término de la acción de mejora, la unidad administrativa y la Persona responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización de la Persona Titular de la Institución, de revisión de la Persona Coordinadora de Control Interno y de elaboración de la Persona Enlace del SCII.

Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 de diciembre de cada año, en caso contrario, se documentarán y presentarán al OIC las justificaciones correspondientes del no cumplimiento, en el Cuarto Reporte de Avances Trimestral del año que termina, para su análisis y evaluación correspondiente, y al Comité en la Primera Sesión Ordinaria del año para su conocimiento, autorización y debida inserción en el PTCI del año vigente.

La evidencia documental y/o electrónica suficiente que acredite la implementación de las acciones de mejora y/o avances reportados sobre el cumplimiento del PTCI, se adjuntará al Reporte de Avances Trimestral correspondiente que se envía al Órgano Interno de Control como parte de los medios de verificación que avale el cumplimiento general o parcial de las acciones de mejora y además deberá ser resguardada por las Personas Servidoras Públicas responsables de su implementación y estará a disposición de las instancias fiscalizadoras.

17. Actualización del PTCI.

El PTCI original deberá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por la Persona Titular del Órgano Interno de Control, en el Informe de Resultados a la evaluación del OIC al Informe Anual y PTCI original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a reforzar las acciones de mejora determinadas por la Institución. Cuando el PTCI original sea actualizado con las recomendaciones del OIC mencionadas, deberá presentarse debidamente firmado a más tardar en la segunda sesión ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

Posteriormente el PTCI podrá ser actualizado de forma permanente, por las necesidades de la Institución, debiendo presentarse debidamente firmado para conocimiento y autorización del COCODI en la sesión ordinaria o extraordinaria que corresponda y otorgar el seguimiento al cumplimiento correspondiente, poniendo énfasis a los medios de verificación.

El PTCI se podrá actualizar con acciones de mejora que se establezcan como resultado de las recomendaciones formuladas por la Persona Titular del Órgano Interno de Control a las evaluaciones de los Reportes de avances Trimestrales; así como incluir acciones de mejora al identificar áreas de oportunidad derivadas de observaciones de auditoría de los diferentes entes fiscalizadores; por el desempeño institucional; por problemáticas en servicios de atención al público; por incumplimiento de programas; entre otras formas de poder detectar áreas de oportunidad, de tal modo que el cumplimiento a esas acciones coadyuven a fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional SCII de las Instituciones.

18. Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por la Persona Coordinadora de Control Interno para informar trimestralmente a la Persona Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

a) Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento general que representan, el total de las que se encuentran en proceso y porcentaje parcial o acumulado de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;

b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda;

c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno; y

d) Firma de la Persona Titular de la Institución, de la Persona Coordinadora de Control Interno y de la Persona Enlace del Sistema de Control Interno Institucional.

II. La Persona Coordinadora de Control Interno deberá presentar dicho reporte:

a) A la Persona Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación, y

b) Al Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda, en las sesiones ordinarias como sigue:

1.Reporte de Avances del primer trimestre en la segunda sesión;

2.Reporte de Avances del segundo trimestre en la tercera sesión;

3.Reporte de Avances del tercer trimestre en la cuarta sesión, y

4.Reporte de Avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

19. Informe de Evaluación del Órgano interno de control al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

La Persona Titular del Órgano Interno de Control realizará la evaluación del Reporte de Avances Trimestral del PTCI y elaborará el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará:

I. A la Persona Titular de la Institución y a la Persona Coordinadora de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCI, y

II. Al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaría.

SECCIÓN IV
EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL INFORME ANUAL Y PTCI

20. Informe de Resultados.

La Persona Titular del Órgano Interno de Control evaluará el Informe Anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados:

I. A la Persona Titular de la Institución, a la Persona Titular de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, y a la Persona Titular de la Coordinación General de Órganos Internos de Control (CGOIC) a más tardar el último día hábil del mes de febrero, y

II. Al Comité o, en su caso, al Órgano de Gobierno, en su primera sesión ordinaria.

21. De su contenido y criterios para su elaboración.

El Informe de Resultados de la evaluación de la Persona Titular del Órgano Interno de Control deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

I. El resultado de la evaluación aplicada por la Institución para verificar la existencia y suficiencia de la implementación de las 5 Normas Generales de Control, sus 17 Principios y la suficiencia de elementos de control en todos los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) de la Institución, determinando la existencia de criterios o elementos de control específicos;

II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control en los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) evaluados de la Institución;

III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional, y

IV. Conclusiones y recomendaciones.

Las Personas Servidoras Públicas responsables de las Unidades Administrativas y/o procesos de la institución deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el Órgano Interno de Control, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

TÍTULO TERCERO
METODOLOGÍA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

CAPÍTULO I
PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

22. Inicio del proceso.

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar el primer día hábil del mes de octubre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen las Personas Titulares de todas las Unidades Administrativas de la Institución, la Persona Titular del Órgano Interno de Control, la Persona Coordinadora de Control Interno y la Persona Enlace de Administración de Riesgos, con el objeto de definir las acciones a seguir para integrar el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos PTAR, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos, debiendo informar a la CGOIC del inicio de las acciones mencionadas.

23. ETAPAS DE LA METODOLOGÍA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente numeral deberá ser aplicada por cada Institución, misma que permitirá documentar su instrumentación en un Mapa de Riesgos, una Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos PTAR.

I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Considerar el plan estratégico institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Institución como los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos;

b) Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento, y

c) Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción.

Lo anterior debe tener como propósito:

1. Establecer un contexto apropiado;

2. Asegurar que los objetivos, metas y procesos de la Institución sean comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;

3. Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y

4. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la institución para el adecuado análisis de los riesgos.

II. CONTEXTO.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

a) Describir el entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad, según sea el caso, de la Institución, a nivel internacional, nacional y regional.

b) Describir las situaciones intrínsecas a la Institución relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos y estrategias, recursos humanos, materiales y financieros, programas presupuestarios y la evaluación de su desempeño, así como su capacidad tecnológica bajo las cuales se pueden identificar sus fortalezas y debilidades para responder a los riesgos que sean identificados.

c) Identificar, seleccionar y agrupar los enunciados definidos como supuestos en los procesos de la Institución, a fin de contar con un conjunto sistemático de eventos adversos de realización incierta que tienen el potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este conjunto deberá utilizarse como referencia en la identificación y definición de los riesgos.

d) Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales.

III. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Identificación, selección y descripción de riesgos. Se realizará con base en las metas y objetivos institucionales, y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucional.

Algunas de las técnicas que se podrán utilizar en la identificación de los riesgos son: talleres de autoevaluación; talleres de identificación de riesgos; mapeo de procesos; análisis del entorno; lluvia de ideas; entrevistas; cuestionarios; análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas); análisis de indicadores de gestión, desempeño o de riesgos; análisis comparativo y registros tanto de riesgos materializados como de resultados y estrategias aplicadas en años anteriores.

Los riesgos identificados se deberán describir considerando la siguiente estructura general: Sustantivo, Verbo en participio y, Adjetivo o adverbio o complemento circunstancial negativo. Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.



b) Nivel de decisión del riesgo. Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo a lo siguiente:

- **Estratégico:** Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales.

- **Directivo:** Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la institución.

- **Operativo:** Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución.

c) Clasificación de los riesgos. Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo a la naturaleza de la Institución, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo: sustantivo, administrativo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC´s; de salud; de corrupción y otros.

d) Identificación de factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:

- **Humano:** Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.

- **Financiero Presupuestal:** Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.

- **Técnico-Administrativo:** Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.

- **TIC´s:** Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados.

- **Material:** Se refieren a la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.

- **Normativo:** Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos.

- **Entorno:** Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

e) Tipo de factor de riesgo: Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:

- **Interno:** Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización.

- **Externo:** Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.

f) Identificación de los posibles efectos de los riesgos. Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, en caso de materializarse el riesgo identificado;

g) Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos o impacto del riesgo en caso de materializarse, de acuerdo a la siguiente escala de valor:

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Institución y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos de la Institución.
9		
8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de las metas y objetivos institucionales. Además se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
7		
6	Moderado	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		
4	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
3		
2	Menor	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Institución.
1		

h) Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10, en función de los factores de riesgo y su probabilidad de ocurrencia, considerando las siguientes escalas de valor:

Escala de Valor	Probabilidad de Ocurrencia	Descripción
10	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia muy alta. Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%.
9		
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta. Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
7		
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media. Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
5		
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja. Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
3		
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.
1		

La valoración del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia deberá realizarse antes de la evaluación de controles (evaluación inicial), se determinará sin considerar los controles existentes para administrar los riesgos, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Institución de no responder ante ellos adecuadamente.

IV. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.

b) Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.

c) Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo.

d) Identificar en los controles lo siguiente:

1. Deficiencia: Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:

- Está documentado: Que se encuentra descrito.
- Está formalizado: Se encuentra autorizado por la Persona Servidora Pública con facultad.
- Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control, y
- Es efectivo: Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.

2. Suficiencia: Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.

e) Determinar si el riesgo está controlado suficientemente, cuando todos sus factores cuentan con controles suficientes.

V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo. En esta etapa se realizará la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Institución de no responder adecuadamente ante ellos, considerando los siguientes aspectos:

a) La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;

b) Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;

c) Si alguno de los controles del riesgo son deficientes, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial, y

d) La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de controles.

Para la valoración del impacto y de la probabilidad de ocurrencia antes y después de la evaluación de controles, las Instituciones podrán utilizar metodologías, modelos y/o teorías basados en cálculos matemáticos, tales como puntajes ponderados, cálculos de preferencias, proceso de jerarquía analítica y modelos probabilísticos, entre otros.

VI. MAPA DE RIESGOS.

Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical. La representación gráfica del Mapa de Riesgos deberá contener los cuadrantes siguientes:

Cuadrante I. Riesgos de Atención Inmediata. - Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y alto grado de impacto, se ubican en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 de ambos ejes;

Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica. - Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5;

Cuadrante III. Riesgos Controlados. - Son de baja probabilidad de ocurrencia y bajo grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes, y

Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento. - Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

VII. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE CONTROL PARA RESPONDER A LOS RIESGOS.

Se realizará considerando lo siguiente:

a) Las estrategias constituirán las opciones y/o políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:

1. Evitar el riesgo. Se refiere a eliminar el factor o factores de riesgo que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que sí una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.

2. Reducir el riesgo. Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.

3. Asumir el riesgo. Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el *Cuadrante III, Riesgos Controlados* de baja probabilidad de ocurrencia y bajo grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.

4. Transferir el riesgo. Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:

- **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.

- **Aseguramiento:** Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible.

- **Diversificación:** Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia, la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.

5. Compartir el riesgo.- Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes unidades administrativas de la institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

b) Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, las cuales se incorporarán en el PTAR.

c) Para los riesgos de corrupción que hayan identificado las instituciones, éstas deberán contemplar solamente las estrategias de evitar y reducir el riesgo, toda vez que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, en tanto que lesionan la imagen, la credibilidad y la transparencia de las Instituciones.

24. De los riesgos de corrupción.

En la identificación de riesgos de corrupción se aplicará la metodología general de administración de riesgos del presente Titulo, tomando en consideración para las etapas que se enlistan los siguientes aspectos:

COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

Para la identificación de los riesgos de corrupción, las instituciones deberán considerar los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, así como los trámites y servicios internos y externos.

CONTEXTO.

Para el caso de los riesgos de corrupción, las causas se establecerán a partir de la identificación de las DEBILIDADES (factores internos) y las AMENAZAS (factores externos) que pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a riesgos de corrupción.

EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

Tratándose de los riesgos de corrupción no se tendrán en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidas en el inciso g) de la etapa de Evaluación de Riesgos, debido a que serán de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la institución, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

Algunas de las herramientas técnicas que se podrán utilizar de manera complementaria en la identificación de los riesgos de corrupción son: “Guía de Autoevaluación a la Integridad en el Sector Público” e “Integridad y Prevención de la Corrupción en el Sector Público, Guía Básica de Implementación”, las cuales fueron emitidas por la Auditoría Superior de la Federación y se pueden localizar en su portal de internet.

25. Tolerancia al riesgo.

La Administración deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por la Institución. En donde la tolerancia al riesgo se debe considerar como el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento cabal del objetivo estratégico, respecto de su grado real de cumplimiento. Una vez definidos los niveles de tolerancia, las Personas Servidoras Públicas responsables de cada riesgo deben supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia, mediante indicadores que para tal efecto establezcan, reportando en todo momento a la Persona Titular de la Institución y a la Persona Coordinadora de Control Interno, en caso que exceda el riesgo el nivel de tolerancia establecido.

No operará en ningún caso, la definición de niveles de tolerancia para los riesgos de corrupción y de actos contrarios a la integridad, así como para los que impliquen incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, o que causen la suspensión o deficiencia de dicho servicio, por parte de las áreas administrativas que integran la institución.

26. Servicios tercerizados.

La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la institución, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará a la Persona responsable del servicio, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar la implementación y operación de los controles, así como el modo en que el control interno de la Persona responsable del servicio impacta en el control interno de la institución.

La Administración debe determinar si los controles internos establecidos por los servicios tercerizados son apropiados para asegurar que la institución alcance sus objetivos y responda a los riesgos asociados, o si se deben establecer controles complementarios en el control interno de la institución.

CAPÍTULO II
SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

27. Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).

Para la implementación, seguimiento y cumplimiento de las estrategias y acciones de control, se concluirá la elaboración del PTAR a más tardar el último día hábil del mes de diciembre de cada año, el cual estará debidamente firmado por la Persona Titular de la Institución, la Persona Coordinadora de Control Interno y la Persona Enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

a) Los riesgos;

b) Los factores de riesgo;

c) Las estrategias para administrar los riesgos, y

d) Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar:

■ Unidad administrativa;

■ Responsable de su implementación;

■ Las fechas de inicio y término, y

■ Medios de verificación.

■ Entre otros aspectos relevantes para administrar los riesgos identificados.

El seguimiento al Programa de Trabajo se hará de forma trimestral, con la emisión de los Reportes de Avances Trimestral (RAT) para corroborar el cumplimiento de las acciones de control plasmadas en el PTAR para una correcta administración de riesgos, estas acciones de control se deben concluir al 100% a más tardar el 31 de diciembre de cada año.

En los casos en que por razones externas o fortuitas no se pueda alcanzar el 100% de cumplimiento de alguna acción de control del PTAR al 31 de diciembre de cada año, la Persona Coordinadora de Control Interno de la Institución emitirá una justificación del no cumplimiento y se incluirá en el Cuarto Reporte de Avances Trimestral que se presenta al Órgano Interno de Control para su análisis y evaluación correspondiente

y al Comité en la Primera Sesión Ordinaria de cada año, para su conocimiento y autorización para su inclusión en el PTAR del año vigente.

28. Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por la Persona Coordinadora de Control Interno y la Persona Enlace de Administración de Riesgos para informar trimestralmente a la Persona Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

a) Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento general que representan, y el total de las que se encuentran en proceso con el porcentaje parcial o acumulado de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;

b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda;

c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno Institucional y en el cumplimiento de metas y objetivos; y

d) Firmas de la Persona Coordinadora de Control Interno y de la Persona Enlace de Administración de Riesgos.

La Persona Coordinadora de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR:

a) A la Persona Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y

b) Al Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda, en las sesiones ordinarias como sigue:

1.Reporte de Avances del primer trimestre en la segunda sesión;

2.Reporte de Avances del segundo trimestre en la tercera sesión;

3.Reporte de Avances del tercer trimestre en la cuarta sesión, y

4.Reporte de Avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

29. Evidencia Documental del PTAR.

La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por las Personas Servidoras Públicas responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional y deberá ponerse a disposición de los Órganos Internos de Control, a través de la Persona Enlace de Administración de Riesgos.

30. Informe de Evaluación del Órgano interno de control al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

La Persona Titular del Órgano Interno de Control elaborará y presentará en las sesiones ordinarias del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, como sigue:

I. A la Persona Titular de la Institución, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTAR, y

II. Al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

31. Del Reporte Anual DEL Comportamiento de los Riesgos.

La Persona Coordinadora de Control Interno y la Persona Enlace de Administración de Riesgos realizarán un Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior, y contendrá al menos lo siguiente:

I. Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos;

II. Comparativo del total de riesgos por cuadrante;

III. Variación del total de riesgos y por cuadrante; y

IV. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

Una vez elaborado, autorizado y firmado por la Persona Titular de la Institución, por la Persona Coordinadora de Control Interno y por la Persona Enlace de Administración de Riesgos, el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, será enviado a la Persona Titular de la CGOIC y a la Persona Titular del Órgano Interno de Control a más tardar dentro de los primeros 15 días hábiles del mes de enero de cada año, para que el Órgano Interno de Control analice los resultados y verifique si los riesgos tratados en el PTAR fueron administrados y emita su opinión, comentarios y recomendaciones en la primera sesión ordinaria del año del Comité.

El Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos será informado por la persona Titular de la Institución al Comité o al Órgano de Gobierno, según corresponda, en la primera sesión ordinaria del año de cada Comité, y deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos.

TÍTULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (COCODI)

CAPÍTULO I
DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ

32. De los Objetivos del Comité.

Las Personas Titulares de las Instituciones instalarán y encabezarán el Comité de Control y Desempeño Institucional, el cual tendrá los siguientes objetivos:

I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;

II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;

III. Analizar las variaciones relevantes en la información presentada principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer

acuerdos de cumplimiento con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;

IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;

V.Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTCI y acciones de control del PTAR;

VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de Órganos Internos de Control, atendiendo la causa raíz de las mismas;

VII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución y temas transversales de la Secretaría, y

VIII. Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos de cumplimiento que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten. Cuando se trate de entidades, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones o su equivalente en los organismos públicos descentralizados.

CAPÍTULO II
DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

33. De la Integración del Comité.

Todas las Instituciones constituirán un Comité, que será encabezado por su Titular y la Persona Titular del Órgano Interno de Control, dicho Comité se integrará con las siguientes Personas como miembros propietarios que tendrán voz y voto:

I. Presidencia: Persona Titular de la Institución.

II. Vocal Ejecutivo: Persona Titular del Órgano Interno de Control.

III. Vocales:

A) En las Dependencias:

1. La Persona Servidora Pública representante de la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración.

2. La Persona Titular del área jurídica o su equivalente.

3. La Persona Titular del área administrativa.

4. La Persona Coordinadora de Control Interno (cuando no participe como Suplente de la Presidencia).

B) En las entidades:

1. Entidades Sectorizadas:

a) Una Persona Representante de la Coordinadora Sectorial.

b) La Persona Titular del Área Jurídica o equivalente, en caso de no contar con ésta, una Persona Servidora Pública representante del Área Jurídica o equivalente de la Coordinadora Sectorial.

c) La Persona Responsable de coordinar las actividades relativas al gasto público.

d) La Persona Coordinadora de Control Interno (cuando no participe como Suplente de la Presidencia).

2. En los Organismos Públicos Descentralizados:

a) Una Persona Representante de la Dependencia a la que estén sectorizados.

b) La Persona Coordinadora de Control Interno (cuando no participe como Suplente de la Presidencia).

c) La Persona Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos o equivalente, en caso de no contar con ésta, una Persona Representante del Área Jurídica o equivalente de la Dependencia a la que se encuentran adscritos.

Las Personas Representantes de la Coordinadora Sectorial en las Entidades, de la Dependencia a la que están sectorizados los Organismos Públicos Descentralizados, deberán corresponder a un nivel jerárquico mínimo de Director General o equivalente y tener el conocimiento sobre los temas de la Institución, así como capacidad de decisión sobre los asuntos que se presenten en el Comité, condiciones que deberá verificar la Persona Titular de la Presidencia y la Persona Vocal Ejecutivo del Comité.

Los organismos públicos descentralizados podrán instalar su propio COCODI para los efectos que establece el Titulo Cuarto de las presentes Disposiciones, como excepción y en caso de no tener asignado un Órgano Interno de Control específicamente para el organismo, la persona Titular del Organismo podrá formular solicitud a la Persona Presidente del COCODI de la Dependencia a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, para que determine por votación de la mayoría de sus miembros si en sus sesiones, serán tratados los asuntos del Organismo Público Descentralizado que corresponda, debiendo informar a la **CGOIC** de lo realizado.

Los Órganos Desconcentrados participarán en el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), de la Dependencia a la que se encuentren jerárquicamente subordinados.

34. DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL.

La Persona Titular del Órgano Interno de Control participará en el Comité en calidad de Vocal Ejecutivo como miembro propietario del Comité con voz y voto.

35. De LAS PERSONAS INVITADAS AL COMITÉ.

Se podrán incorporar como Personas invitadas al Comité:

a) Las Personas Responsables de las áreas de la Institución competentes de los asuntos a tratar en la sesión;

b) Las Personas Servidoras Públicas de la APE, o externos a la Institución que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución;

c) Personas externas a la APE, expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de las Personas miembros del Comité con autorización de la Presidencia del Comité y de la Persona Vocal Ejecutiva;

d) La Persona Auditor Externo;

e) La persona Titular del Organismo Público Descentralizado, en las sesiones del Comité de la Dependencia a la que se encuentra jerárquicamente subordinado, en caso de que los temas a que se refieren las presentes Disposiciones, sean tratados en el COCODI de dicha Dependencia;

f) La Persona Representante de la **CGOIC**, designada por su Titular, y

g) Las Personas Enlaces del Sistema de Control Interno Institucional, de Administración de Riesgos y del COCODI.

Las Personas Invitadas señaladas en el presente numeral, participarán en el Comité con voz, pero sin voto, quienes podrán proponer a consideración del Comité, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos, a través de la Cédula de Problemáticas o Situaciones Críticas, para su atención oportuna.

La Persona Representante de la **CGOIC**, deberá ser convocada a las sesiones del Comité, como Invitada Permanente, su designación será comunicada por la Persona Titular de la **CGOIC** por escrito a la Persona Vocal Ejecutiva. La designación permanecerá vigente hasta la emisión de una nueva designación.

36. De las Personas Suplentes.

Las Personas como miembros propietarios del Comité podrán nombrar a su respectiva suplencia de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes asistirán a las sesiones del Comité solo en casos fortuitos. Por excepción, las suplencias de las Personas designadas como Vocales del Comité se podrán realizar hasta el nivel de Subdirección o equivalente.

Para fungir como suplentes, las Personas Servidoras Públicas, deberán contar con acreditación por escrito de la Persona miembro propietario del Comité, dirigida a la Persona Vocal Ejecutivo, debiendo notificarse la designación de suplencia como máximo 1 día antes a la fecha de celebración de la sesión, de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica correspondiente. Las Personas Suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan, las funciones que corresponden a las Personas miembros propietarios del Comité.

CAPÍTULO III
ATRIBUCIONES DEL COMITÉ Y FUNCIONES DE SUS MIEMBROS

37. De las atribuciones del Comité.

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el Orden del Día;

II. Aprobar acuerdos de cumplimiento para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:

a) El Informe Anual;

b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento;

c) Atención a las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados de la Persona Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación del Informe Anual, y del PTCI;

d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia;

III. Aprobar acuerdos de cumplimiento y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:

a) La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;

b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de control del PTAR, así como su reprogramación o replanteamiento y su seguimiento trimestral;

c) El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y

d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por el Órgano Interno de Control o por otras instancias externas de fiscalización.

IV. Aprobar acuerdos de cumplimiento para fortalecer el desempeño institucional, particularmente con respecto a:

a) El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero;

b) La evaluación del cumplimiento de las metas, objetivos e indicadores derivados de los programas sectoriales, institucionales, transversales, regionales y/o proyectos transformadores, derivados del Plan Estatal de Desarrollo, y

c) La revisión del cumplimiento de los programas, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.

V. Aprobar acuerdos de cumplimiento para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés por conductas contrarias al Código de Ética, las Reglas de Integridad y al Código de Conducta;

VI. Tomar conocimiento del Informe Anual de Análisis del Desempeño de la Institución, que elaboren las Personas Titulares de los Órganos Internos de Control para las Dependencias y Entidades, así como de la MIR de los programas presupuestarios responsabilidad de la institución, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan;

VII. Dar seguimiento a los acuerdos de cumplimiento y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;

VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;

IX. Ratificar las actas de las sesiones, y

X. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

38. De las funciones DE LA PERSONA PRESIDENTE del Comité.

La Persona Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Determinar conjuntamente con la Persona Coordinadora de Control Interno y la Persona Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de las Personas Vocales y, cuando corresponda, la participación de las Personas Responsables de las áreas competentes de la Institución;

II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;

III. Poner a consideración de las Personas miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos de cumplimiento para su aprobación;

IV. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de Personas Invitadas externas a la APE;

V. Presentar los acuerdos de cumplimiento relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, conforme a lo siguiente:

a) Al Órgano de Gobierno de las entidades, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración del Comité.

b) En el caso de los Organismos Públicos Descentralizados, a la Persona Titular de la Dependencia a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, dentro de los 10 días hábiles siguientes al de la fecha de la sesión ordinaria del Comité.

VI. Fomentar la actualización de conocimientos y capacidades de las Personas miembros propietarias en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

39. De las funciones de LAS PERSONAS miembros propietarias.

Corresponderá a cualquiera de las Personas miembros propietarias del Comité:

I. Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité;

II. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos de cumplimiento del Comité;

III. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité;

IV. Proponer la participación de las Personas Invitadas externas a la APE;

V. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;

VI. Analizar la carpeta electrónica de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos de cumplimiento, y

VII. Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional, a través de la Cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su oportuna atención.

40. De las funciones de la persona Vocal Ejecutivo.

La Persona Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de las Personas miembros, Personas invitadas y verificar el quórum legal;

II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;

III. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de Orden del Día;

IV. Revisar y validar, conjuntamente con la Persona Coordinadora de Control Interno y la Persona Enlace del Comité, que la información institucional fue integrada y capturada en la carpeta electrónica por la Persona Enlace del Comité para su consulta por las Personas convocadas, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión;

V. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, mediante la Cédula de Problemáticas o Situaciones Críticas, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos;

VI. Promover la emisión de acuerdos de cumplimiento en las sesiones del Comité;

VII. Emitir la cédula de acuerdos de cumplimiento y dar trámite ante las instancias correspondientes y verificar que la ejecución de los mismos se realice en tiempo y forma por las Personas responsables;

VIII. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de las Personas miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo, y

IX. Verificar la integración de la carpeta electrónica por parte de la Persona Enlace del Comité, respecto de la información que compete a las unidades administrativas de la Institución.

41. De las funciones del Órgano Interno de Control como Órgano de Vigilancia.

Con la finalidad de fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de las Instituciones, la Persona Titular del Órgano Interno de Control adicional a su encargo dentro del Comité como Vocal ejecutivo, realizará las siguientes funciones:

I. Comunicar, en su caso a la Persona Presidente y/o a la Persona Coordinadora de Control Interno las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, cuando en el desempeño de sus funciones así lo estime pertinente, para en su caso dar el trámite correspondiente.

II. Vigilar y verificar el cumplimiento de lo establecido en las presentes Disposiciones.

Las funciones enunciadas en este numeral, se entenderán conferidas al Órgano Interno de Control, en el marco de las presentes Disposiciones y serán complementarias a las señaladas en la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla.

CAPÍTULO IV
POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SECCIÓN I
DE LAS SESIONES

42. Del tipo de sesiones y periodicidad.

El Comité celebrará cuatro sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de asuntos específicos relativos al desempeño institucional, debiendo celebrarse preferentemente al inicio de la jornada laboral, con objeto de no interrumpir la continuidad de las labores.

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del trimestre posterior al que se reporta, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de cada trimestre del ejercicio, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones; en el caso de los Organismos Públicos Descentralizados, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del Órgano de Gobierno, Comité Técnico, Comisiones Internas de Administración, o equivalente, según corresponda.

43. De las convocatorias.

La convocatoria y la propuesta del Orden del Día, deberá ser enviada por la Persona Vocal Ejecutivo a las Personas miembros y Personas invitadas a la sesión del Comité, con cinco días hábiles de anticipación para sesiones

ordinarias y de dos días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la disponibilidad de la carpeta electrónica.

Las convocatorias también se podrán realizar por correo electrónico institucional, confirmando su recepción mediante acuse de recibo.

44. Del calendario de sesiones.

El Calendario de sesiones ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior, en caso de modificación, la Persona Vocal Ejecutivo previa consulta y/o autorización de la Persona Presidente, informará a las Personas miembros y Personas invitadas la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

Los Organismos Públicos Descentralizados deberán programar sus sesiones, cuando menos con 15 días hábiles de anticipación a la celebración de las correspondientes a su Órgano de Gobierno, Comité Técnico, Comisiones Internas de Administración o equivalente, según corresponda.

45. Del Desarrollo de las sesiones y registro de asistencia.

Las sesiones podrán llevarse a cabo de manera presencial, o virtual a través de videoconferencia u otros medios similares que permitan analizar, plantear y discutir en tiempo real, los asuntos y sus alternativas de solución.

En cada reunión se registrará la asistencia de las Personas participantes, recabando las firmas correspondientes. En el caso de las sesiones virtuales bastará con su firma autógrafa en el acta.

46. Del quórum legal.

El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participen la Persona Presidente o la Persona Presidente Suplente (asistencia fortuita) y la Persona Vocal Ejecutivo o la Persona Vocal Ejecutivo Suplente (asistencia fortuita).

Cuando no se reúna el quórum legal requerido, la Persona Vocal Ejecutivo levantará constancia del hecho y a más tardar el siguiente día hábil, convocará a las Personas miembros para realizar la sesión dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse.

SECCIÓN II
DEL ORDEN DEL DÍA

47. Del Orden del Día.

En el Comité se analizarán los temas, programas o procesos que presenten retrasos en relación con lo programado al trimestre que se informa, derivados de los resultados presupuestarios, financieros, operativos y administrativos; a efecto de determinar los acuerdos de cumplimiento que consignen acciones, fechas y responsables de tomar decisiones para resolver las problemáticas y situaciones críticas para abatir el rezago informado, lo que conlleve a cumplir con las metas y objetivos de la institución, en particular sobre los aspectos relevantes vinculados con el desempeño institucional y lo relativo al cumplimiento de las principales acciones de mejora y acciones de control comprometidas en los Programas de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos.

El Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión.

II. Aprobación del Orden del Día.

III. Ratificación del acta de la sesión anterior.

IV. Seguimiento de Acuerdos.

Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos de cumplimiento adoptados en la sesión anterior, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse la Persona Vocal Ejecutivo determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones.

V. Cédula de problemáticas o situaciones críticas:

La cédula podrá ser elaborada por la Persona Vocal Ejecutivo en coordinación con la Persona Titular de la Unidad administrativa en donde se origina la problemática o situación crítica; igualmente la Persona Coordinadora de Control Interno podrá elaborar la cédula a sugerencia de las Personas miembros o Personas invitadas del Comité, considerando, en su caso, la información que proporcionen las unidades normativas de la Secretaría, cuando existan o se anticipen posibles incumplimientos normativos y/o desviaciones negativas en programas presupuestarios o en cualquier otro tema vinculado al desempeño institucional, derivado de los cambios en el entorno interno o externo de la institución, así como por asuntos que procedan de observaciones de auditorías de los diferentes entes fiscalizadores, con el fin de identificar riesgos que no estén incluidos en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional o bien debilidades de control interno adicionales a las obtenidas en la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional, que deban ser incorporadas y atendidas con acciones de mejora en el PTCI o acciones de control en el PTAR.

VI. Presentación en la primera sesión ordinaria del año del Comité, del Reporte Anual del Análisis del Desempeño de las Dependencias y Entidades que elabora la Persona Titular del Órgano Interno de Control.

VII. Desempeño Institucional.

a) Programas Presupuestarios. - Se deberán identificar e informar los programas presupuestarios que representen el 80% del presupuesto original de la institución y muestren variaciones superiores a 10 puntos porcentuales al comparar: (1) el presupuesto ejercido contra el modificado y (2) el cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.

b) Proyectos de Inversión Pública.- El tema aplicará sólo a las instituciones que cuenten con presupuesto autorizado en este concepto y deberán identificar e informar los proyectos de inversión pública que presenten variaciones superiores a 10 puntos porcentuales, al comparar el avance acumulado: (1) del presupuesto ejercido contra el programado, (2) del físico alcanzado contra el programado, y (3) del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.

c) Pasivos contingentes. - Es necesario que, en su caso, se informe al Comité sobre el impacto en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales. Considerando que su materialización pudiera representar un riesgo financiero para la institución e incidir de manera importante en su flujo de efectivo y ejercicio presupuestal (incluir los pasivos laborales y los correspondientes a juicios jurídico-contenciosos). En su caso, señalar las estrategias procesales para su atención, su avance y las Personas abogados externos que están contratados para el trámite correspondiente.

d) Plan Institucional de Tecnologías de Información. - Informar, en su caso, de manera ejecutiva las dificultades o situaciones que causan problemas para su cumplimiento y las acciones de solución emprendidas, en el marco de lo establecido en esa materia por la Secretaría.

VIII. Programas con Padrones de Personas Beneficiarias.

a) Listado de programas de Personas Beneficiarias a registrarse en el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales, SIIPP-G, indicando el periodo de integración (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).

b) Informar el avance y, en su caso, los rezagos en la integración de los Padrones de Personas Beneficiarias de los programas comprometidos al periodo, el número de Personas Beneficiarias y, cuando aplique, el monto total de los apoyos.

IX. Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.

X. Seguimiento al establecimiento, actualización y fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Informe Anual, PTCI e Informe de Resultados de la Persona Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación al Informe Anual y PTCI (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).

b) Reporte de Avances Trimestral del PTCI.- Se deberá incluir el total de acciones de mejora concluidas y su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional; así como las pendientes sin avance y el porcentaje de avance parcial o acumulado de cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance, así como las problemáticas para el cumplimiento.

c) Aspectos relevantes del Informe de evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

XI. Seguimiento al establecimiento, actualización y cumplimiento del Proceso de Administración de Riesgos Institucionales.

a) Mapa de Riesgos, Matriz de Administración de Riesgos, Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), así como el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).

b) Reporte de Avances Trimestral del PTAR.- Se deberá incluir el total de acciones de control concluidas y su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno Institucional y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y porcentaje de avance parcial o acumulado de las acciones de control de cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance, así como las problemáticas para el cumplimiento.

c) Aspectos relevantes del Informe de evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

XII. Aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad.

La presentación de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidades, así como de las observaciones determinadas por las instancias fiscalizadoras, puede significar que en la institución existen debilidades o insuficiencias de control interno o actos contrarios a la integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión de la institución, por lo que sólo deberá presentarse:

a) Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la institución y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a Personas Servidoras Públicas de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas.

b) La descripción de las observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras, identificando las causas que las originan y acciones para evitar que se continúen presentando; así como, aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses, ya que su falta de atención y cumplimiento inciden mayormente en una eficiente gestión y adecuado desempeño institucional.

XIII. Seguimiento al Programa aplicable a la Institución que derive del Plan Estatal de Desarrollo vigente para el Estado de Puebla y/o Programa Sectorial, Institucional, Transversal, Regional, o Proyectos Transformadores.

XIV. Asuntos Generales.

En este apartado se presentarán temas o asuntos que no están previstos en el orden del día tales como propuestas, comentarios, opiniones, aclaraciones, dificultades o situaciones que causan problemas para ser analizadas y poder detectar e identificar debilidades de control interno, riesgos o del desempeño institucional y en su caso se emitirán acuerdos de cumplimiento, los cuales deberán ser revisados y, cuando estos últimos sean atendidos, se presentarán los resultados en la sesión inmediata siguiente del Comité.

A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus miembros o Personas invitadas, podrán solicitar se incorporen a la Orden del Día asuntos trascendentales para el Desarrollo Institucional.

XV. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

En este apartado se enunciarán para su ratificación los acuerdos de cumplimiento aprobados durante la sesión. Los acuerdos únicamente de conocimiento o seguimiento por cada punto del orden del día que se aprueba y que en su caso sean emitidos, no se señalarán en este apartado, en virtud que el Comité los autoriza o ratifica al momento.

SECCIÓN III
DE LOS ACUERDOS DE CUMPLIMIENTO

48. Requisitos de los acuerdos DE CUMPLIMIENTO.

Las propuestas de acuerdos de cumplimiento para opinión y voto de las Personas miembros del Comité deberán contemplar, como mínimo, los siguientes requisitos:

I. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Institución. Cuando la solución de la problemática de un acuerdo dependa de Terceras Personas ajenas a la Institución, las acciones se orientarán a la presentación de estudios o al planteamiento de alternativas ante las instancias correspondientes, sin perjuicio de que se efectúe su seguimiento hasta su total atención;

II. Precisar a las Personas Responsables de su atención;

III. Establecer fecha perentoria para su cumplimiento, la cual no podrá ser mayor a seis meses, posteriores a la fecha de celebración de la sesión en que se apruebe a menos que por la complejidad del asunto se requiera de un plazo mayor, lo cual se justificará ante el Comité, y

IV. Determinar el impacto negativo de no cumplir el acuerdo en tiempo y forma, respecto de aspectos y programas sustantivos de la institución.

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de las Personas miembros asistentes, en caso de empate la Persona Presidente del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, la Persona Coordinadora de Control Interno dará lectura a los acuerdos de cumplimiento aprobados, a fin de ratificarlos.

49. Envío de acuerdos DE CUMPLIMIENTO para su atención.

La Persona Vocal Ejecutivo remitirá los acuerdos de cumplimiento por escrito con los datos señalados en el numeral 48, a la Persona Titular de la Institución, a la Persona Coordinadora de Control Interno y a las Personas responsables de su atención, a más tardar 5 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente, debiendo informarse el cumplimiento en la siguiente sesión.

50. Acuerdos DE CUMPLIMIENTO relevantes del conocimiento de instancias superiores.

El Comité determinará los acuerdos de cumplimiento relevantes que la Persona Presidente hará del conocimiento al Órgano de Gobierno de las Entidades y en el caso de los Organismos Públicos Descentralizados, a la Dependencia a la que se encuentren sectorizados.

51. Reprogramación de atención de acuerdos DE CUMPLIMIENTO.

Para los acuerdos de cumplimiento que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única vez, éste podrá aprobar una nueva fecha que preferentemente, no exceda de 30 días hábiles contados a partir del día siguiente al de la sesión. Se conservará en las documentales existentes la fecha inicial de atención.

SECCIÓN IV
DE LAS ACTAS

52. Requisitos del acta.

Por cada sesión del Comité se levantará por duplicado el Acta de Sesión, un ejemplar para la Persona Presidente y otro ejemplar para la Persona Vocal Ejecutivo, se foliará y contendrá al menos lo siguiente:

I. Nombres y cargos de las Personas asistentes;

II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;

III. Acuerdos aprobados;

IV. Firma autógrafa y rúbrica de las Personas miembros que asistan a la sesión, según corresponda;

V. Firma autógrafa y rúbrica de la Persona Representante de la **CGOIC** como Invitada Permanente que asista a la sesión;

VI. Firma autógrafa y rúbrica de las Personas Enlaces del SCII, ARI y COCODI como invitadas a la sesión asistentes, y

VII. Firma autógrafa y rúbrica de las Personas invitadas de la Institución que participen en la sesión.

Las actas de sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité y sus respectivos anexos, deberán contar con la firma autógrafa al final del acta en el nombre de las Personas miembros y Personas invitadas y rúbrica en el resto de las hojas del acta y sus anexos.

53. Elaboración del acta y de su revisión.

La Persona Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá para revisión y emisión de comentarios, a las Personas miembros del Comité, a la Persona Representante de la CGOIC y a las Personas invitadas que asistieron a la sesión, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

Las Personas miembros del Comité, la Persona Representante de la CGOIC y, las Personas invitadas, revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios a la Persona Vocal Ejecutivo a más tardar dentro de los 5 días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos en el plazo señalado se tendrá por aceptado el proyecto y procederá a recabar las firmas a más tardar 20 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

SECCIÓN V
De la carpeta electrónica de las sesiones

54. De la carpeta electrónica de las sesiones.

La carpeta electrónica deberá estar integrada a más tardar en la fecha que se remita la convocatoria y el orden del día de la sesión y contendrá la información del periodo trimestral acumulado al año que se reporta, relacionándola con los conceptos y asuntos del Orden del Día.

A fin de favorecer la toma de decisiones, se podrá incorporar información actualizada posterior al cierre trimestral, excepto cuando se trate de información programática, presupuestaria y financiera del cierre del ejercicio fiscal, la cual se presentará en la primera sesión ordinaria del Comité de cada ejercicio.

ARTÍCULO TERCERO.- Se establece el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en Materia de Control Interno, al tenor de lo siguiente:

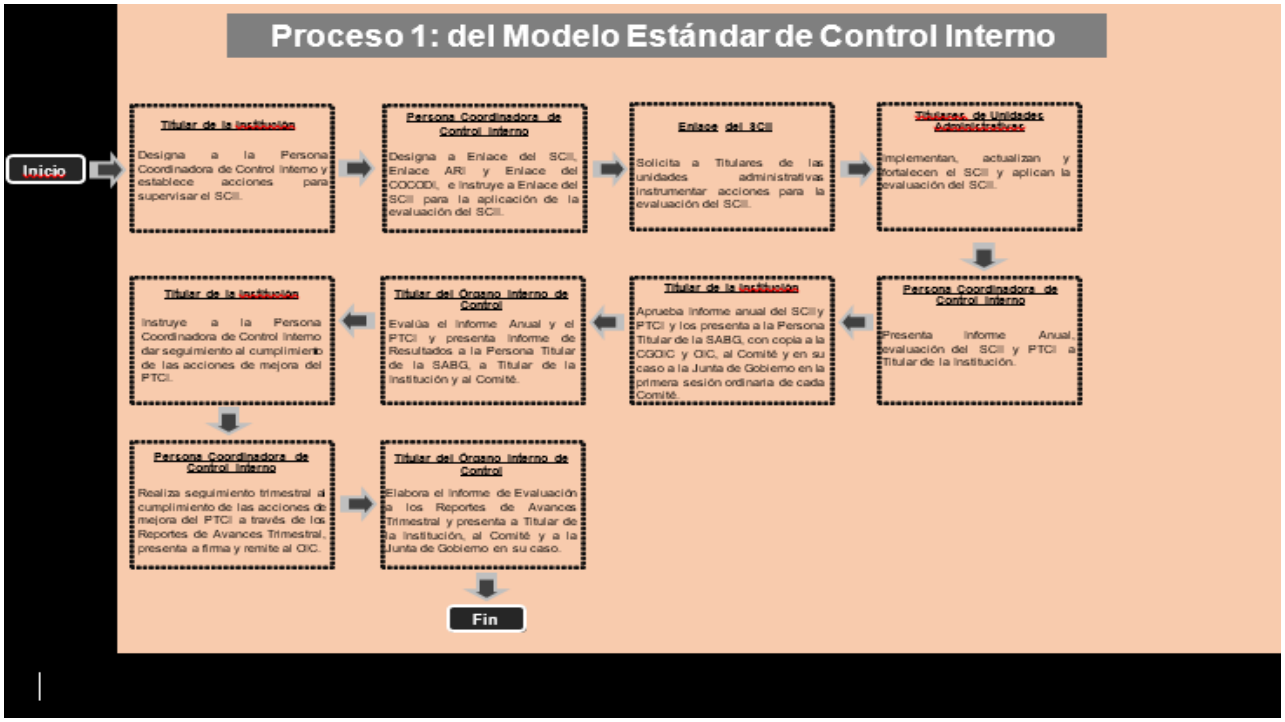
MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN ESTATAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO

PROCESOS:

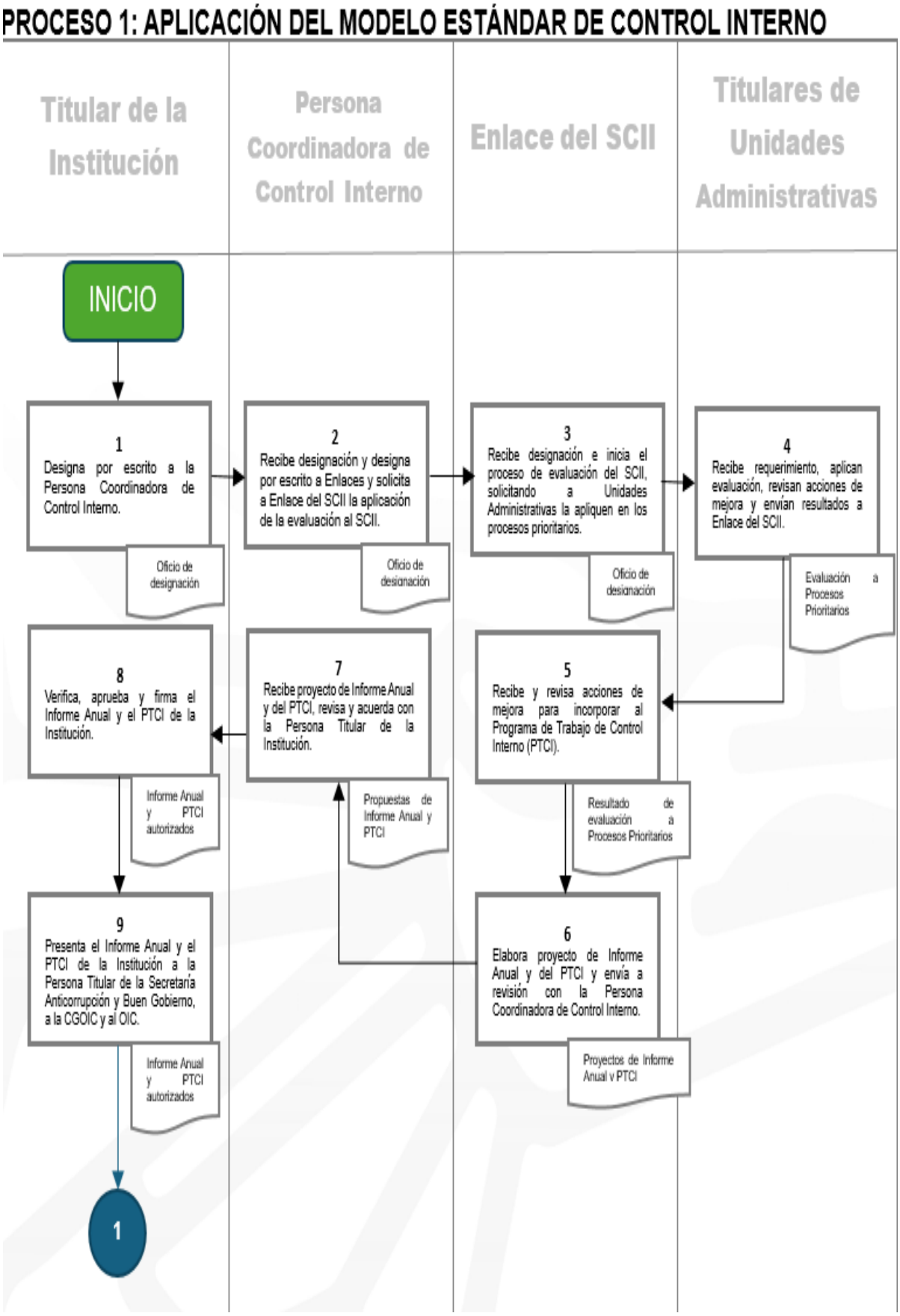
PROCESO 1: Aplicación del Modelo Estándar de Control Interno.

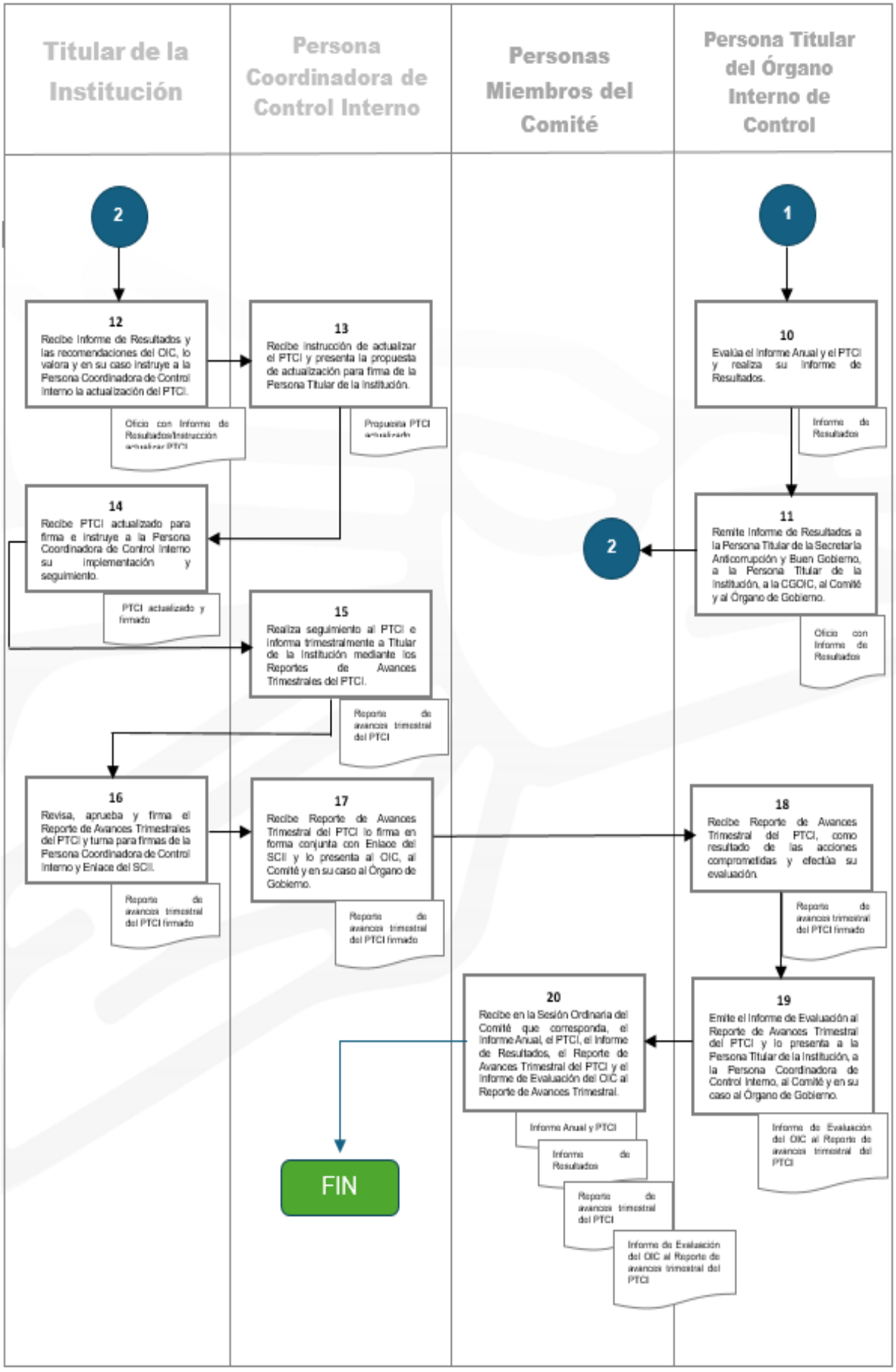
Objetivo. Implantar un Sistema de Control Interno Institucional eficaz y eficiente en todos los ámbitos y niveles de las Instituciones de la APE.

Descripción esquemática del Proceso:



Descripción del Proceso y/o procedimiento:




Titular de la Institución
Persona Coordinadora de Control Interno
Personas Miembros del Comité
Persona Titular del Órgano Interno de Control
1
10
Evalúa el Informe Anual y el PTCI y realiza su Informe de Resultados.
Informe de Resultados
11
Remite Informe de Resultados a la Persona Titular de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, a la Persona Titular de la Institución, a la CGCIC, al Comité y al Órgano de Gobierno.
Oficio con Informe de Resultados
2
12
Recibe Informe de Resultados y las recomendaciones del OIC, lo valora y en su caso instruye a la Persona Coordinadora de Control Interno la actualización del PTCI.
Oficio con Informe de Resultados/Instrucción actualizar PTCI
13
Recibe instrucción de actualizar el PTCI y presenta la propuesta de actualización para firma de la Persona Titular de la Institución.
Propuesta PTCI actualizado
14
Recibe PTCI actualizado para firma e instruye a la Persona Coordinadora de Control Interno su implementación y seguimiento.
PTCI actualizado y firmado
15
Realiza seguimiento al PTCI e informa trimestralmente a Titular de la Institución mediante los Reportes de Avances Trimestrales del PTCI.
Reporte de avances trimestral del PTCI
16
Revisa, aprueba y firma el Reporte de Avances Trimestrales del PTCI y turna para firmas de la Persona Coordinadora de Control Interno y Enlace del SCII.
Reporte de avances trimestral del PTCI firmado
17
Recibe Reporte de Avances Trimestral del PTCI lo firma en forma conjunta con Enlace del SCII y lo presenta al OIC, al Comité y en su caso al Órgano de Gobierno.
Reporte de avances trimestral del PTCI firmado
18
Recibe Reporte de Avances Trimestral del PTCI, como resultado de las acciones comprometidas y efectúa su evaluación.
Reporte de avances trimestral del PTCI firmado
19
Emite el Informe de Evaluación al Reporte de Avances Trimestral del PTCI y lo presenta a la Persona Titular de la Institución, a la Persona Coordinadora de Control Interno, al Comité y en su caso al Órgano de Gobierno.
Informe de Evaluación del OIC al Reporte de avances trimestral del PTCI
20
Recibe en la Sesión Ordinaria del Comité que corresponda, el Informe Anual, el PTCI, el Informe de Resultados, el Reporte de Avances Trimestral del PTCI y el Informe de Evaluación del OIC al Reporte de Avances Trimestral.
Informe Anual y PTCI
Informe de Resultados
Reporte de avances trimestral del PTCI
Informe de Evaluación del OIC al Reporte de avances trimestral del PTCI
FIN

Actividades secuenciales por responsable:

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	Titular de la Institución	Designa por escrito a la Persona Coordinadora de Control Interno mediante oficio dirigido a la Persona Titular de la SABG.	Oficio de designación	Numeral 4
2	Persona Coordinadora de Control Interno	Recibe oficio de designación. Designa por escrito Enlaces de los procesos. Acuerda con Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del SCII, en términos de las Disposiciones, y solicita a Enlace del SCII la aplicación de la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.	Oficio de designación	Numerales 4 y 10, fracción III, incisos b) y c)
3	Enlace del SClI	Recibe oficio de designación e inicia el proceso de Evaluación, solicitando a Titulares de las Unidades Administrativas de la Institución la realicen en sus procesos prioritarios (sustantivos y administrativos).	Oficio de designación	Numeral 10, fracción IV, incisos a), b) y c)
4	Titulares de las Unidades Administrativas	Reciben requerimiento para realizar la evaluación del SCII en la Institución a sus procesos prioritarios, aplican evaluación, revisan propuestas de acciones de mejora y comunican a Enlace del SCII.	Evaluación a procesos prioritarios	Numeral 10, fracción IV, incisos c) y d)
5	Enlace del SClI	Recibe y revisa propuestas de acciones de mejora para incorporar al PTCI las que atiendan la inexistencia o insuficiencias en la implementación del SCII.	Resultado de Evaluación a procesos prioritarios	Numeral 10, fracción IV, inciso d)
6	Enlace del SClI	Elabora proyecto del Informe Anual y PTCI y lo envía a la Persona Coordinadora de Control Interno para revisión.	Proyecto de Informe Anual y PTCI	Numeral 10, fracción IV, inciso e)
7	Persona Coordinadora de Control Interno	Recibe proyecto de Informe Anual y PTCI, revisa y acuerda propuestas con el Titular de la Institución.	Propuestas de Informe Anual y PTCI	Numeral 10, fracción III inciso d)
8	Titular de la Institución	Verifica, aprueba y firma el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual y PTCI Autorizados	Numeral 10, fracción II inciso e), Numeral 16
9	Titular de la Institución	Presenta el Informe Anual y PTCI a la Persona Titular de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, con copia a la CGOIC y al Órgano Interno de Control, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Informe Anual y PTCI autorizados	Numeral 13
10	Titular del Órgano Interno de Control	Evalúa el Informe Anual y PTCI, y realiza su Informe de Resultados.	Informe de Resultados	Numeral 20

11	Titular del Órgano Interno de Control	Remite el Informe de Resultados a la Persona Titular de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, a la Persona Titular de la Institución, a la CGOIC, al Comité, y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Oficio con Informe de Resultados	Numeral 20
12	Titular de la Institución	Recibe Informe de Resultados y recomendaciones de Titular del Órgano Interno de Control, lo valora y, en su caso, instruye a la Persona Coordinadora de Control Interno la actualización del PTCI.	Oficio con Informe de Resultados/ Instrucción actualizar PTCI	Numerales 17
13	Persona Coordinadora de Control Interno	Recibe instrucción de actualizar el PTCI y presenta la actualización para firma de Titular de la Institución.	Propuesta PTCI Actualizado	Numerales 10, fracción III, inciso d); y 17
14	Titular de la Institución	Recibe PTCI actualizado para su firma e instruye a la Persona Coordinadora de Control Interno su implementación y seguimiento.	PTCI Actualizado y firmado	Numeral 17
15	Persona Coordinadora de Control Interno y Enlace del SCIl	Realiza el seguimiento e informa trimestralmente a Titular de la Institución por medio del Reporte de Avances Trimestral del PTCI para su aprobación.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI	Numeral 18, fracción I
16	Titular de la Institución	Revisa, aprueba y firma el Reporte de Avances Trimestral del PTCI y turna a la Persona Coordinadora de Control Interno y a la Persona Enlace del SCII para la firma correspondiente.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI firmado	Numeral 18, fracción I, inciso d)
17	Persona Coordinadora de Control Interno y Enlace del SCIl	Reciben para firma el Reporte de Avances Trimestral del PTCI y la Persona Coordinadora de Control Interno lo presenta a la Persona Titular del Órgano Interno de Control, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI firmado	Numeral 18, fracciones I, inciso d) y II, incisos a) y b)
18	Titular del Órgano Interno de Control	Recibe Reporte de Avances Trimestral del PTCI, resultados de las acciones comprometidas y efectúa su evaluación.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI firmado	Numerales 18, fracción II, inciso a); y 19
19	Titular del Órgano Interno de Control	Emite el Informe de Evaluación al Reporte de Avances Trimestral y lo presenta a la Persona Titular de la Institución, a la Persona Coordinadora de Control Interno, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Informe de evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral	Numeral 19
20	Comité	Recibe en la Sesión Ordinaria que corresponda del Comité, el Informe Anual, PTCI, Informe de Resultados, Reporte de Avances Trimestral del PTCI e Informe de Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del	Informe Anual/PTCI/ Informe de Resultados / Reporte de Avances	Numerales 18, fracción II, inciso b); 19, fracción II; y 20, fracción II

		PTCI.	Trimestral del PTCI / Informe de Evaluación del OIC al Reporte de Avances Trimestral del PTCI	

Documentación Soporte del Proceso / Procedimiento:

- Informe Anual (Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional y PTCI).

- Informe de Resultados (Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual y PTCI).

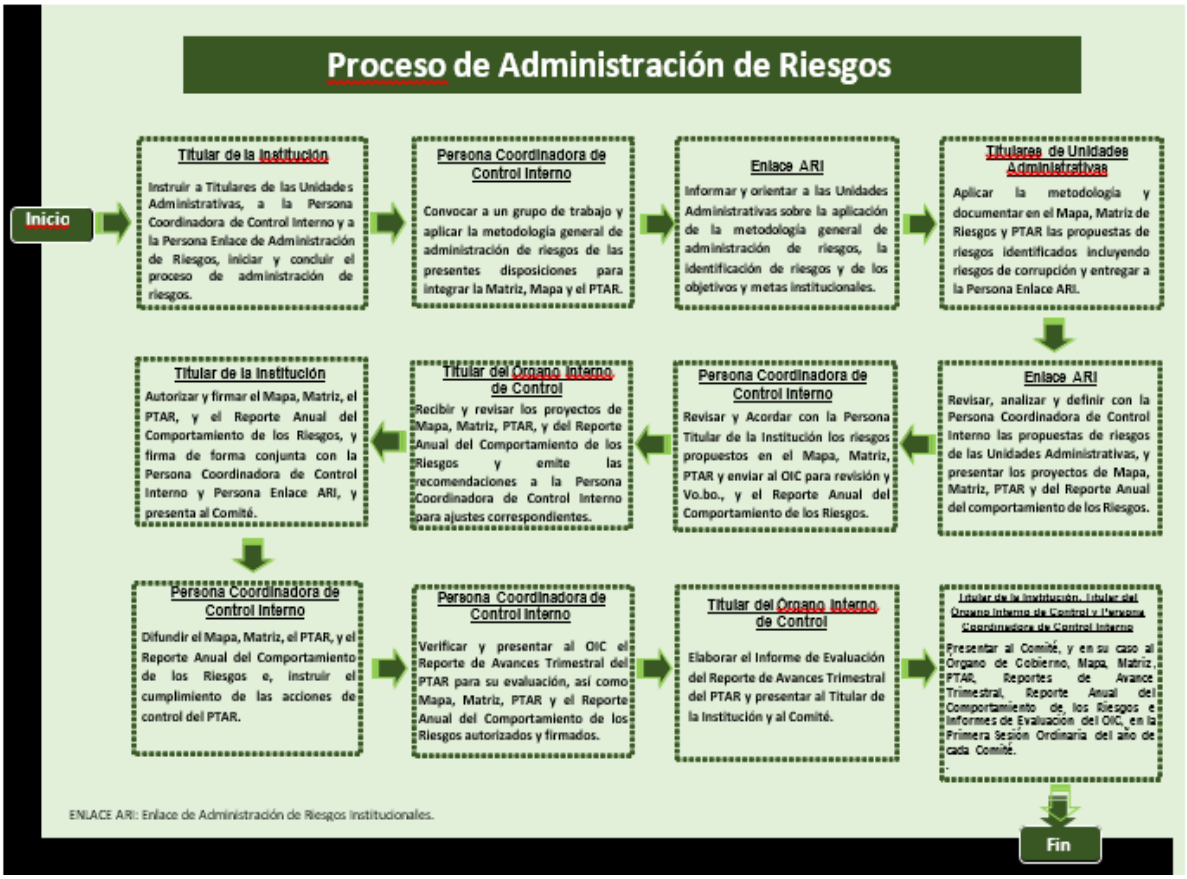
- Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

- Informe de Evaluación (Informe de Evaluación del Titular del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTCI).

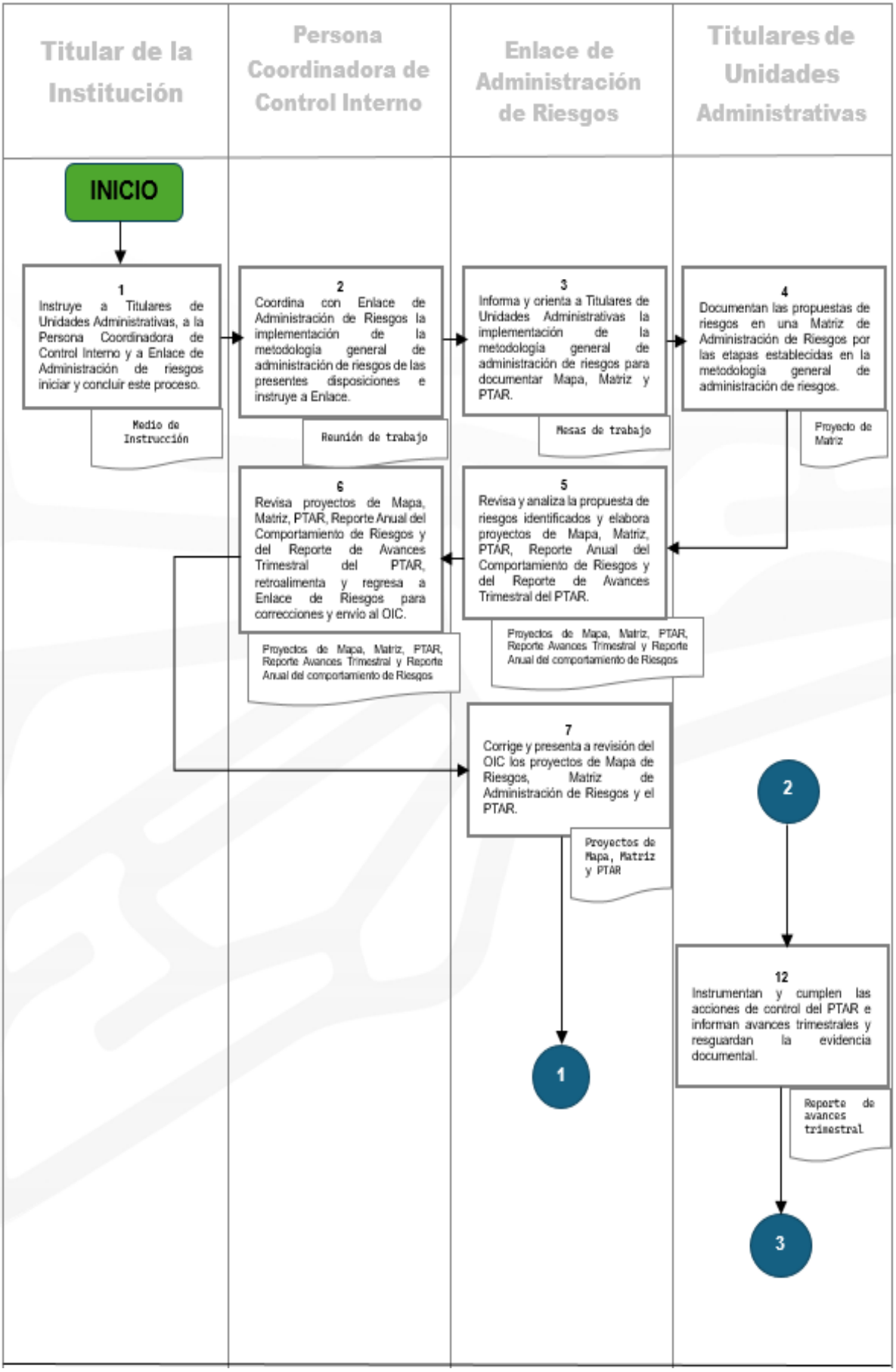
PROCESO 2: De la Administración de Riesgos Institucionales (ARI)

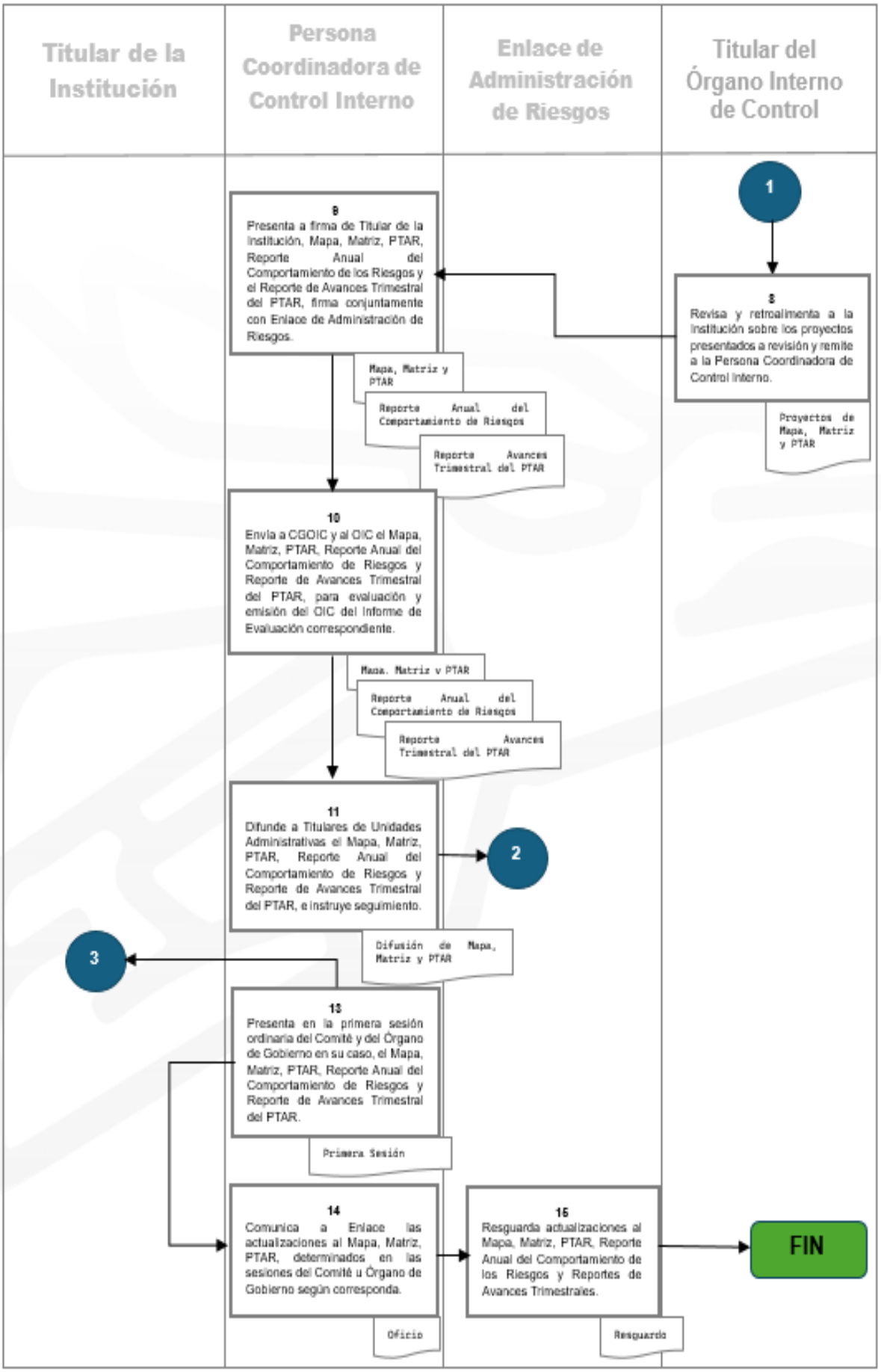
Objetivo. Establecer las etapas de la metodología general de administración de riesgos que observarán las Instituciones para identificar, evaluar, jerarquizar, controlar y dar seguimiento a sus riesgos, a efecto de asegurar en forma razonable el logro de sus metas y objetivos institucionales.

Descripción Esquemática del proceso:



PROCESO 2: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS




Titular de la Institución
Persona Coordinadora de Control Interno
Enlace de Administración de Riesgos
Titular del Órgano Interno de Control
1
8
Revisa y retroalimenta a la institución sobre los proyectos presentados a revisión y remite a la Persona Coordinadora de Control Interno.
Proyectos de Mapa, Matriz y PTAR
9
Presenta a firma de Titular de la Institución, Mapa, Matriz, PTAR, Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos y el Reporte de Avances Trimestral del PTAR, firma conjuntamente con Enlace de Administración de Riesgos.
Mapa, Matriz y PTAR
Reporte Anual del Comportamiento de Riesgos
Reporte Avances Trimestral del PTAR
10
Envía a CGOIC y al OIC el Mapa, Matriz, PTAR, Reporte Anual del Comportamiento de Riesgos y Reporte de Avances Trimestral del PTAR, para evaluación y emisión del OIC del Informe de Evaluación correspondiente.
Mapa, Matriz y PTAR
Reporte Anual del Comportamiento de Riesgos
Reporte Avances Trimestral del PTAR
11
Difunde a Titulares de Unidades Administrativas el Mapa, Matriz, PTAR, Reporte Anual del Comportamiento de Riesgos y Reporte de Avances Trimestral del PTAR, e instruye seguimiento.
2
Difusión de Mapa, Matriz y PTAR
3
13
Presenta en la primera sesión ordinaria del Comité y del Órgano de Gobierno en su caso, el Mapa, Matriz, PTAR, Reporte Anual del Comportamiento de Riesgos y Reporte de Avances Trimestral del PTAR.
Primera Sesión
14
Comunica a Enlace las actualizaciones al Mapa, Matriz, PTAR, determinados en las sesiones del Comité u Órgano de Gobierno según corresponda.
Oficio
15
Resguarda actualizaciones al Mapa, Matriz, PTAR, Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos y Reportes de Avances Trimestrales.
Resguardo
FIN

Actividades secuenciales por responsable

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	Titular de la Institución	Instruye a las Personas Titulares de las Unidades Administrativas, a la Persona Coordinadora de Control Interno y a la Persona Enlace de Administración de Riesgos iniciar y concluir el proceso de administración de riesgos.	Medio de instrucción	Numeral 10, fracción II, inciso g)
2	Persona Coordinadora de Control Interno	Coordina con la Persona Enlace de Administración de Riesgos la implementación de la metodología general de administración de riesgos de las presentes disposiciones, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales a los que se alinea el proceso y riesgos identificados, y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto de la Persona Enlace de Administración de Riesgos.	Reunión de trabajo	Numeral 10, fracción III, inciso e)
3	Enlace de Administración de Riesgos	Informa y orienta a Titulares de las Unidades Administrativas sobre el establecimiento de la metodología general de administración de riesgos, las acciones para su aplicación, y los objetivos y metas institucionales, para que documenten su propuesta de Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).	Mesas de trabajo	Numeral 10, fracción V, inciso a)
4	Titulares de Unidades Administrativas	Documentan las propuestas de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos, en función de las etapas establecidas en la metodología general de administración de riesgos de las presentes disposiciones.	Proyecto de Matriz	Numeral 10, fracción V, inciso b)
5	Enlace de Administración de Riesgos	Revisa y analiza la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, define con la Persona Coordinadora de Control Interno la propuesta de riesgos institucionales identificados, elabora y presenta al mismo los proyectos de Mapa de Riesgos Institucionales, Matriz	Proyectos de Mapa, Matriz, PTAR, Reporte de Avances Trimestral y Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos	Numeral 10, fracción V, inciso c)

		de Administración de Riesgos, Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), el Reporte de Avances Trimestral y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.		
6	Persona Coordinadora de Control Interno	Revisa los proyectos de Mapa de Riesgos, Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), el Reporte de Avances Trimestral y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, retroalimenta y regresa a la Persona Enlace de Administración de Riesgos.	Proyectos de Mapa, Matriz, PTAR, Reporte de Avances Trimestral y Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.	Numeral 10, fracción III, incisos i) y j)
7	Persona Enlace de Administración de Riesgos	Presenta los proyectos de Mapa de Riesgos, Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) a la Persona Titular del Órgano Interno de Control para su revisión y emisión de la retroalimentación respectiva.	Proyectos de Mapa, Matriz y PTAR	Numeral 10, fracción V, inciso d)
8	Persona Titular del Órgano Interno de Control	Revisa y retroalimenta a la Institución sobre los proyectos de Mapa de Riesgos, Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y remite a la Persona Coordinadora de Control Interno.	Proyectos de Mapa, Matriz y PTAR	Numeral 10, fracción VII, inciso e)
9	Persona Coordinadora de Control Interno	Presenta para autorización y firma de la Persona Titular de la Institución, el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR, el reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos y firma de forma conjunta con la Persona Enlace de Administración de Riesgos.	Mapa de Riesgos, Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral y Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.	Numeral 10, fracción III, incisos j) y k)
10	Persona Coordinadora de Control Interno	Enviar en el tiempo que señalan las presentes disposiciones a las instancias correspondientes (CGOIC y OIC) autorizados y firmados, el Mapa de Riesgos, Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos y el Reporte de Avances Trimestral del PTAR, para la evaluación y emisión del Órgano Interno de Control del Informe de Evaluación al Reporte de Avances	Mapa de Riesgos, Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.	Numeral 10, fracción III, incisos l) m) y p)

		Trimestral del PTAR y su presentación al Comité y al Órgano de Gobierno en su caso.		
11	Persona Coordinadora de Control Interno	Difundir a las Personas Titulares de las Unidades Administrativas de la Institución el Mapa de Riesgos, Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) autorizados e instruye el seguimiento trimestral del PTAR.	Difusión de Mapa de Riesgos, Matriz de Administración de Riesgos y PTAR	Numeral 10, fracción III, inciso n)
12	Titulares de Unidades Administrativas	Instrumentan y cumplen las acciones de control del PTAR, e informan avances trimestrales y resguardan la evidencia documental.	Reporte de Avances Trimestral del PTAR	Numeral 29
13	Persona Coordinadora de Control Interno	Presenta en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes; y el Reporte de Avances Trimestral del PTAR, en las sesiones del Comité, según corresponda.	Primera Sesión Comités	Numeral 10, fracción III, inciso q)
14	Persona Coordinadora de Control Interno	Comunica a la Persona Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización al Mapa de Riesgos, a la Matriz de Administración de Riesgos, y al PTAR determinados en las sesiones del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Oficio	Numeral 10, fracción III, inciso o)
15	Enlace de Administración de Riesgos	Resguarda el Mapa de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos y el PTAR debidamente firmados y sus respectivas actualizaciones, así como el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.	Resguardo	Numeral 10, fracción V, inciso e)

Documentación Soporte del Proceso /Procedimiento:

- Matriz de Administración de Riesgos Institucional (Matriz).

- Mapa de Administración de Riesgos Institucional (Mapa).

- Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).

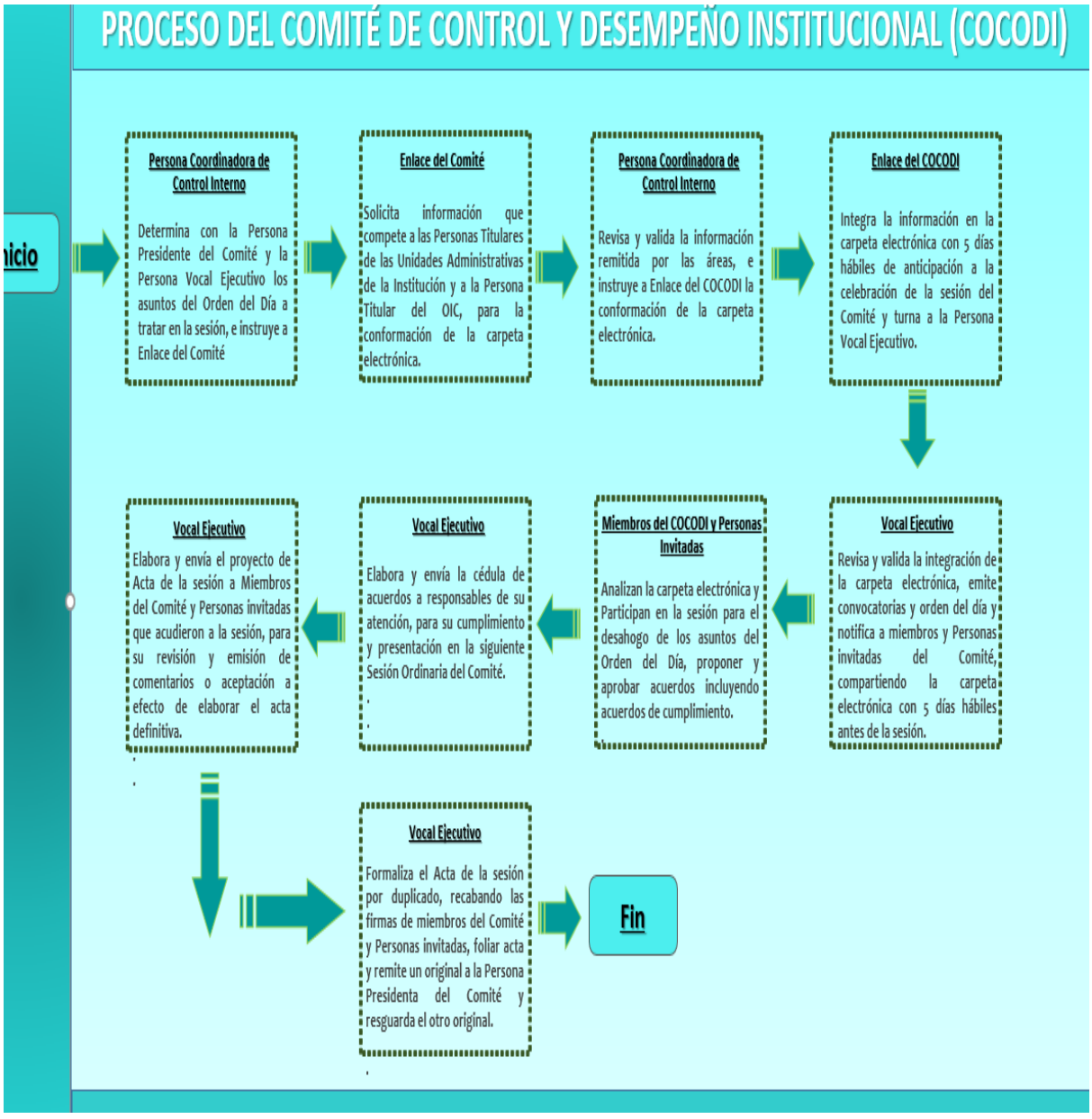
- Reporte de Avances Trimestral del PTAR (RAT).

- Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (RACR).

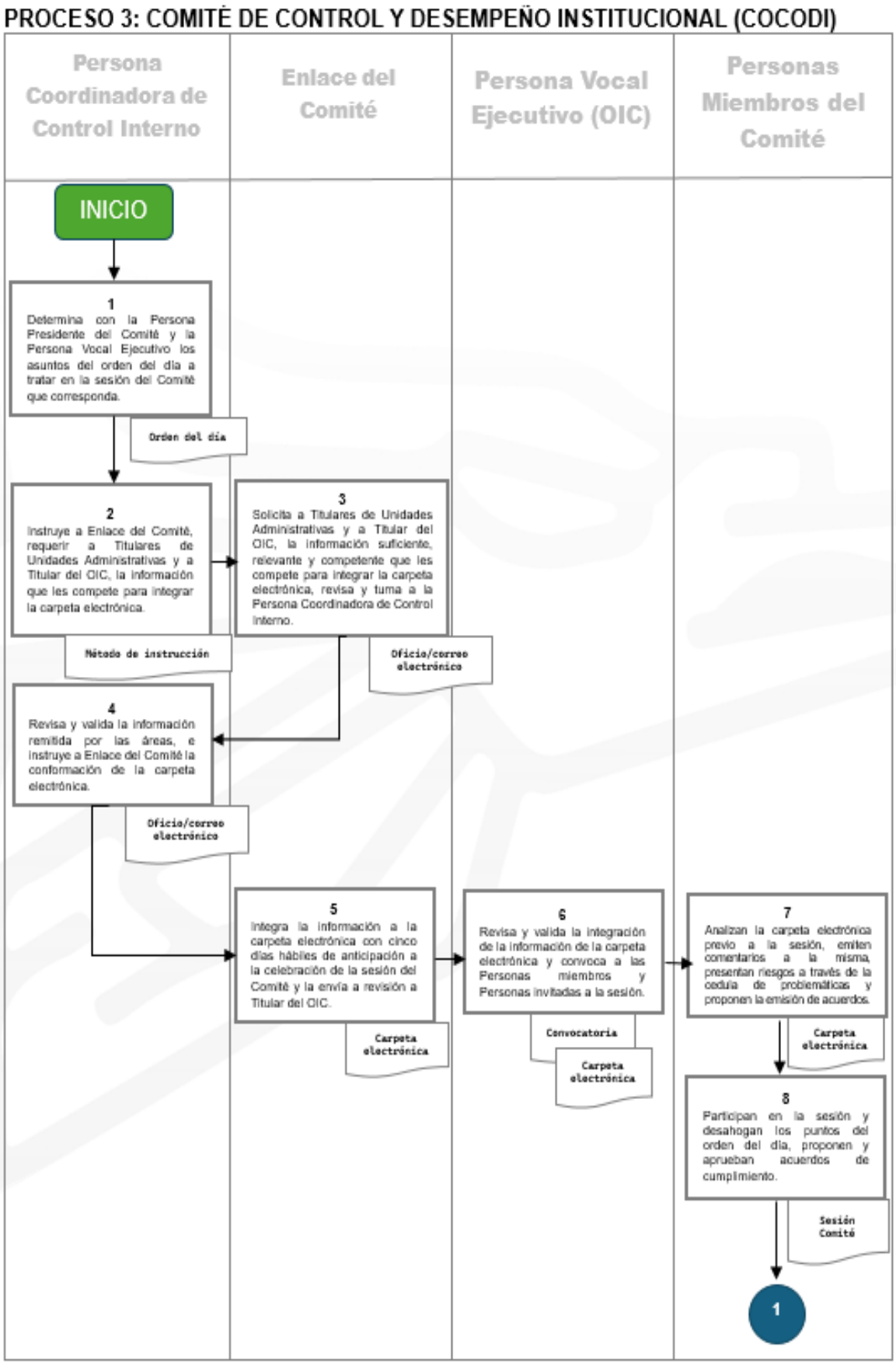
PROCESO 3: Del Funcionamiento del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).

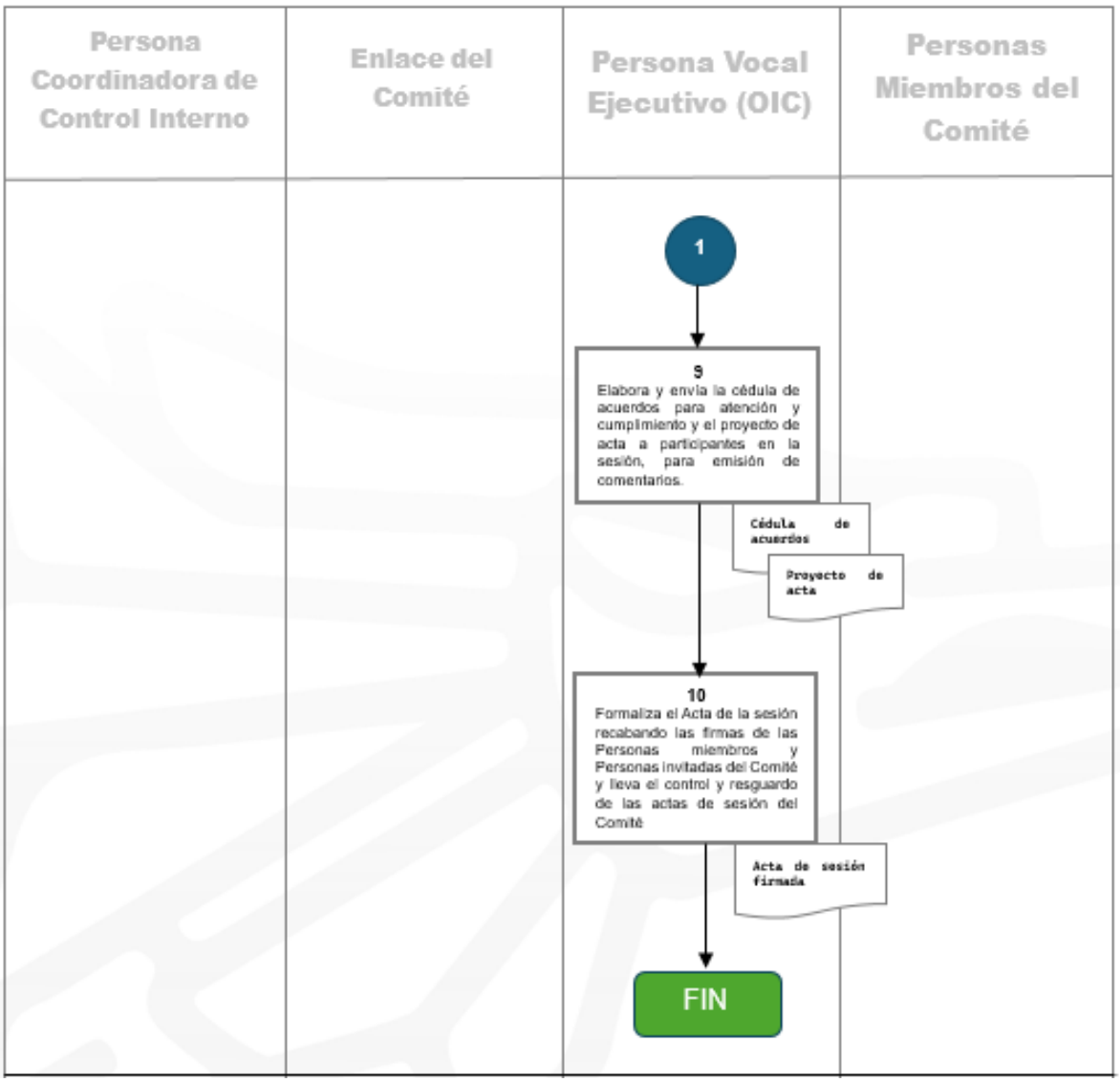
Objetivo. Constituir un órgano colegiado al interior de las Instituciones de la APE, en apoyo a las Personas Titulares de las mismas, que contribuya al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, a impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional, y al análisis y seguimiento de la detección y administración de riesgos.

Descripción Esquemática del proceso:



Descripción de los pasos del proceso y/o procedimiento:





Actividades secuenciales por responsable:

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	Persona Coordinadora de Control Interno	Determina con la Persona Presidente del Comité y la Persona Vocal Ejecutivo los asuntos del orden del día a tratar en la sesión del Comité que corresponda, a partir de lo establecido en el Orden del Día, numeral 47 del Artículo Segundo de las Disposiciones.	Orden del Día	Numerales 10, fracción III, inciso r); 38, fracción I; y 39, fracción I
2	Persona Coordinadora de Control Interno	Instruye a Enlace del Comité requerir a las Personas Titulares de las Unidades Administrativas y a la Persona Titular del Órgano Interno de Control enviar la información que les compete para la	Método de instrucción	Numeral 10, fracción III, inciso s).

		integración de la carpeta electrónica como soporte de los asuntos a tratar en la sesión del Comité.		
3	Enlace del Comité	Solicita a las Personas Titulares de las Unidades Administrativas y a la Persona Titular del Órgano Interno de Control la información suficiente, relevante y competente que les compete para integrar la carpeta electrónica. Recibe la información y turna a la Persona Coordinadora de Control Interno.	Oficio/Correo electrónico	Numeral 10, fracción VI, incisos b) y c).
4	Persona Coordinadora de Control Interno	Revisa y valida la información remitida por las áreas, 10 días hábiles previos a la sesión e instruye a Enlace del Comité la conformación de la carpeta electrónica.	Oficio/Correo electrónico	Numeral 10, fracción III, incisos s) y t).
5	Enlace del Comité	Integra la información remitida a la carpeta electrónica con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité y la envía al OIC para revisión.	Carpeta electrónica	Numeral 10, fracción VI, inciso d).
6	Persona Vocal Ejecutivo	Revisa y valida la integración de la información en la carpeta electrónica y convoca con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de realización de la sesión, por las Personas convocadas al Comité.	Convocatoria/ Carpeta electrónica	Numeral 40, fracciones III y IV
7	Miembros del Comité	Analizan la carpeta electrónica a más tardar 24 horas previo a la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos de cumplimiento y presentan en su caso riesgos de atención inmediata y/o de corrupción a través de la cédula de problemáticas o situaciones críticas.	Carpeta electrónica	Numeral 39, fracciones I, II, VI, y VII
8	Miembros del Comité e invitados	Participan en la sesión para el desahogo de los asuntos específicos de la Orden del Día, proponen y aprueban acuerdos, y las demás acciones necesarias para el logro de los objetivos del Comité.	Sesión Comité	Numeral 37
9	Persona Vocal Ejecutivo	Elabora y envía la cédula de acuerdos a responsables de su atención, así como el Proyecto de Acta a Personas Miembros del Comité y Personas invitadas que acudieron a la sesión, para su revisión y/o comentarios o aceptación a efecto de elaborar el acta definitiva.	Cédula de acuerdos de cumplimiento/ proyecto de Acta.	Numerales 40, fracciones VII y VIII; y 53.
10	Persona Vocal Ejecutivo	Formaliza el Acta de la sesión recabando las firmas de las Personas miembros y Personas invitadas del Comité y lleva el control y resguardo de las actas de sesión del Comité.	Acta de la sesión firmada.	Numerales 40, fracción VIII; y 53.

Documentación Soporte del Proceso / Procedimiento:

Convocatorias.

Orden del Día.

Carpetas electrónicas.

Actas de Sesiones Ordinarias y Extraordinarias.

Cédulas de Problemáticas o Situaciones Críticas.

Cédulas de Acuerdos de Cumplimiento.

ARTÍCULO CUARTO. La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la Coordinación General de Órganos Internos de Control (CGOIC).

ARTÍCULO QUINTO. Las Disposiciones y procedimientos contenidos en el Manual a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse, cuando menos cada tres años por la Coordinación General de Órganos Internos de Control, para efectos de su actualización de resultar procedente.

ARTÍCULO SEXTO. Los Órganos Internos de Control de las Dependencias y Entidades de la APE, vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a las Personas Titulares y demás Personas Servidoras Públicas de la Institución para mantener un SCII en operación, actualizado y fortalecido, en un proceso de mejora continua.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo Estatal entrará en vigor al siguiente día de su publicación en el Periódico Oficial del Estado de Puebla.

SEGUNDO. Los acuerdos del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) que a la fecha de entrada en vigor de este nuevo ordenamiento se encuentren pendientes de cumplir, se les dará el seguimiento para su atención y cumplimiento de conformidad con lo establecido en las presentes Disposiciones.

TERCERO. El cumplimiento a lo establecido en el presente Acuerdo se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que tengan asignados las Dependencias y Entidades de la APE, por lo que no implicará la creación de estructuras ni la asignación de recursos adicionales.

CUARTO. A la publicación y entrada en vigor de este documento quedará abrogado el siguiente documento: Acuerdo de la Secretaría de la Función Pública del Gobierno del Estado, por el que emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla.

QUINTO. Se deja sin efecto cualquier disposición que se oponga al presente Acuerdo.

Dado en la Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a los diez días del mes de septiembre de dos mil veintiséis. El Secretario Anticorrupción y Buen Gobierno. **C. ALEJANDRO ESPIDIO REYES.** Rúbrica.