2017, "Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

TOMO CL
Pachuca de Soto, Hidalgo
23 de Noviembre de 2017
Alcance Uno
Núm. 47

Estado Libre y Soberano de Hidalgo

HIDALGO crece contigo

PERIÓDICO OFICIAL DEL ESTADO DE HIDALGO

Calle Matamoros No. 517, Col. Centro Tel. 01 (771) 717-60-00 ext. 6790
01 (771) 281-36-30 y 01 (771) 107-02-19

poficial@hidalgo.gob.mx
http://periodico.hidalgo.gob.mx

Registrado como artículo de 2ª. Clase con fecha 23 de Septiembre de 1931

SUMARIO

Contenido

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS DISPOSICIONES Y EL MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN ESTATAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO DE HIDALGO.

LIC. OMAR FAYAD MENESES, GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE HIDALGO, EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES QUE ME CONFIEREN LOS ARTÍCULOS 71 FRACCIÓN I DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA PARA EL ESTADO DE HIDALGO; 2 Y 5 DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PARA EL ESTADO DE HIDALGO; Y

CONSIDERANDO

PRIMERO.- Que con el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Hidalgo 2016-2022, se busca contar con un gobierno orientado a resultados, eficiente, con mecanismos de evaluación que permitan mejorar su desempeño y la calidad de los servicios; que simplifique la normatividad y trámites gubernamentales, rinda cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía, que optimice el uso de los recursos públicos, y que utilice las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

SEGUNDO.- En este contexto con el objetivo de mejorar la Gestión Pública Gubernamental en la Administración Pública Estatal (APE), se pretende transformar el funcionamiento de sus dependencias y entidades, a través de la mejora en la prestación de bienes y servicios a la población; el incremento en la eficiencia de su operación mediante la simplificación de sus procesos y normas; el mejor aprovechamiento de los recursos, la eficiencia de los procesos vinculados a las contrataciones que realiza el Estado; así como el incremento en el desempeño de los servidores públicos.

TERCERO.- Que el día 8 de noviembre de 2010, se publicó en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo, el Acuerdo por el que se Establecen las Normas Generales de Control Interno en el ámbito de la Administración Pública Estatal como parte de las acciones instrumentadas en el Estado de Hidalgo para estandarizar, bajo criterios de simplificación administrativa, las disposiciones, políticas o estrategias, acciones o criterios y los procedimientos internos que en materia de control interno, se deberán observar en el ámbito de la Administración Pública Estatal y se regula la implementación del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI), la metodología general de administración de riesgos y el funcionamiento del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), fortaleciendo la cultura del autocontrol y la autoevaluación, así como el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones como un medio para contribuir a lograr las metas y objetivos de cada Institución.

CUARTO.- Durante la Quinta Reunión Plenaria del Sistema Nacional de Fiscalización celebrada en 2014, se publicó el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI), basado en el Marco COSO 2013, y posteriormente en noviembre de 2015 se presentó una adaptación del mismo, el cual lleva por nombre Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno que funge como un modelo general de Control interno, para ser adoptado y adaptado por las Instituciones, en el Ámbito Estatal y Municipal, mediante la expedición de los decretos correspondientes y que en su armonización estatal lleva por nombre Marco Estatal de Control Interno para el Sector Público del Estado de Hidalgo (MEMICI).

QUINTO.- Que derivado de este supuesto, se revisó el marco normativo aplicable en materia de Control Interno a la Administración Pública Estatal, con el objeto de identificar áreas de oportunidad e integrar las propuestas realizadas por las Instituciones de la Administración Pública Estatal, originadas en un ejercicio de apertura y de consulta para redefinir el esquema de la evaluación del Control Interno, fortalecer el proceso de administración de riesgos y optimizar lo relativo al Comité de Control y Desempeño Institucional; así como lo aplicable del Marco Estatal Integrado de Control Interno.

SEXTO.- Que contar con un Sistema de Control Interno efectivo en las instituciones de la Administración Pública Estatal promueve la consecución de sus metas y objetivos, así como una eficiente administración de sus riesgos y su seguimiento a través de un Comité de Control y Desempeño Institucional, constituido como un foro colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento al desempeño Institucional y control interno, propiciando reducir la probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad, asegurar el comportamiento ético de los servidores públicos, considerar la integración de las tecnologías de información en el Control Interno y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

SÉPTIMO.- Que de conformidad con las mejores prácticas internacionales en materia de Control Interno, la implementación, mantenimiento y actualización del Sistema de Control Interno son responsabilidad del titular de la Secretaría de Contraloría y, en su caso del Órgano de Gobierno, quien las cumple con la contribución de la

Administración y del resto del personal; así como, con la asesoría, apoyo y vigilancia del Órgano Interno de Control para mantener el Sistema de Control Interno de la Institución operando y en un proceso de evaluación, fortalecimiento y mejora continua.

OCTAVO.- Que el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) tiene entre otros objetivos, agregar valor a la gestión Institucional de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y apoyar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios, el cual será encabezado por el titular de la Institución como Presidente.

Que con base en las consideraciones anteriores, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

POR EL QUE SE EMITEN LAS DISPOSICIONES Y EL MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DEL ESTADO DE HIDALGO

ARTÍCULO PRIMERO.- El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las disposiciones, que las instituciones que integran la Administración Pública Estatal y la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo, deberán observar para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua de su Sistema de Control Interno Institucional. Haciéndolo extensivo y poniéndolo a consideración de sus municipios, por conducto de la Comisión Permanente de Contralores Estado – Municipios.

ARTÍCULO SEGUNDO.- El lenguaje empleado en este Acuerdo, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

ARTÍCULO TERCERO.- 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.

Los Titulares y, en su caso, el Órgano de Gobierno, así como los demás servidores públicos de las Instituciones que integran la Administración Pública Estatal y la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia el Modelo Estatal de Control Interno para el Sector Público del Estado de Hidalgo (MEMICI) y como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del Control Interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

Las Instituciones que tengan un Comité de Vigilancia y agreguen en su Orden del Día, de forma permanente y complementaria, los temas que se establecen para el Comité de Control y Desempeño Institucional, se considerará que el primero asume las funciones de este último.

2. DEFINICIONES.

Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

I. **Acción (es) de control**: Las actividades determinadas e implantadas por los Titulares de las Instituciones y demás servidores públicos 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 los Titulares y demás servidores públicos 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**: Los servidores públicos de mandos superiores y medios diferentes al Titular de la Institución;

IV. **Administración de riesgos**: El proceso dinámico desarrollado para contextualizar, 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;

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 que se presenten en las sesiones del Comité;

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

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

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

XII. **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;

XIII. **Control Interno**: El proceso efectuado por el Titular de la Institución, la Administración, en su caso el Órgano de Gobierno, y los demás servidores públicos 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;

XIV. **Control preventivo (antes)**: Se entiende como 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;

XV. **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 fiscalización;

XVI. **Dependencias**: Las Secretarías Estatales, incluyendo a sus órganos administrativos desconcentrados, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Hidalgo y la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo;

XVII. **Disposiciones**: Las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno;

XVIII. **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;

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

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

XXI. **Elementos de control**: Los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada Institución en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;

XXII. **Entidades**: Los organismos descentralizados, empresas de participación estatal y fideicomisos públicos que en términos de la Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Hidalgo y de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Hidalgo;

XXIII. **Evaluación del Sistema de Control Interno**: 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;

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

XXV. **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;

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

XXVII. **Informe Anual**: El Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional;

XXVIII. **Institución (es)**: Las que se refieren en las fracciones XVI y XXII del presente numeral;

XXIX. **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;

XXX. **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;

XXXI. **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 de administración de riesgos;

XXXII. **MEMICI**: Marco Estatal de Control Interno para el Sector Público del Estado de Hidalgo; aplicable a los tres órdenes de Gobierno del Estado de Hidalgo;

XXXIII. **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 Instituciones; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño;

XXXIV. **Mejora continua**: Al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno; 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;

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

XXXVI. **Objetivos institucionales:** Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022, en términos del Capítulo III Planes y Programas, de la Ley de Planeación y Prospectiva para el Estado de Hidalgo, en particular de los programas sectoriales, institucionales y especiales, según corresponda;

XXXVII. **Órgano Fiscalizador**: El Órgano Interno de Control y/o la Secretaría de Contraloría;

XXXVIII. **Órgano de Gobierno**: El cuerpo colegiado de la administración de las Instituciones de conformidad con los artículos 12, 13 y 14 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Hidalgo y 3 al 15 de su Reglamento;

XXXIX. **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;

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

XLI. **Procesos sustantivos**: Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la Institución, es decir, con el cumplimiento de su misión Institucional;

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

XLIII. **PTAR**: El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

XLIV. **PTCI**: El Programa de Trabajo de Control Interno;

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

XLVI. **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 un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas;

XLVII. **Secretaría de Contraloría:** La Secretaría de Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Hidalgo;

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

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

L. **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;

LI. **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;

LII. **Sistema Informático**: La herramienta electrónica para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones;

LIII. **TIC´s**: Las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;

LIV. **Titular del OEC: E**l Servidor Público a cargo de la Secretaría de Contraloría;

LV. **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; y

LVI. **UTIC**: La Unidad Administrativa en la Institución, responsable de proveer infraestructura y servicios de TIC´s.

CAPÍTULO II
Responsables de su Aplicación y Vigilancia

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

Será responsabilidad del Órgano de Gobierno, del Titular y demás servidores públicos de la Institución, 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 COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES.

El Titular de la Institución designará, mediante oficio dirigido al Titular de la Secretaría de Contraloría, a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior, como Coordinador de Control Interno para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones, el nombramiento recaerá preferentemente en el Director de Administración o equivalente.

El Coordinador de Control Interno designará a un Enlace, mediante oficio dirigido al Titular de la Secretaría de Contraloría para cada uno de los procesos contemplados en este instrumento; se podrá nombrar a un servidor público como Enlace en más de un proceso, pero al menos deberán designarse dos enlaces para la totalidad de los procesos.

En los oficios de designación y sustitución, se deberá marcar copia al Titular del Órgano Fiscalizador, con el propósito de que éste solicite la baja y alta para los designados de claves de acceso al sistema informático del Comité. 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 de Contraloría por sí o a través de los Órganos Fiscalizadores, los Contralores Internos y los Comisarios Públicos, conforme a sus respectivas atribuciones, serán responsables de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las Disposiciones; adicionalmente, los Órganos Fiscalizadores, en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos 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.

El Coordinador de Control Interno y los Enlaces gestionarán a través de la mesa de servicios de la UTIC o, en su caso, de la UTIC de su coordinadora sectorial, 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
Coordinador de Control Interno	coordinadorci@hidalgo.gob.mx
Enlace del SCII	enlacescii@ hidalgo.gob.mx
Enlace de ARI	enlaceari@ hidalgo.gob.mx
Enlace del COCODI	enlacecocodi@ hidalgo.gob.mx

Las cuentas de correo estandarizadas son el medio oficial de comunicación de la Secretaría de Contraloría**;** serán permanentes y transferibles a los servidores públicos que asuman cada designación; no deberán cancelarse y/o dar de baja, siendo responsabilidad del Coordinador de Control Interno y de cada Enlace, proveer lo necesario ante la UTIC correspondiente 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 Secretaría de Contraloría, que los mismos son compatibles con lo establecido en las Disposiciones.

TÍTULO SEGUNDO
MARCO ESTATAL DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO DEL ESTADO DE HIDALGO

CAPÍTULO I
Estructura del Marco

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. 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, el Titular, 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:

1. **Mostrar actitud de respaldo y compromiso.-** El Titular 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 Código de Ética de la Administración Pública del Estado de Hidalgo.

Actitud de Respaldo del Titular y la Administración.

1.01 El Titular, 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 El Titular, 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 del Titular 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 los servidores públicos en la Institución.

1.04 La actitud de respaldo de los Titulares 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 del Titular 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 en toda la Institución.

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 los servidores públicos, 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.

2. Ejercer la responsabilidad de vigilancia.- El Titular y, en su caso, el Órgano de Gobierno, es responsable de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto:

Estructura de Vigilancia.

2.01 El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno, es responsable de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características de la Institución.

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

2.02 El Titular 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 del Titular.

2.03 En la selección del Titular y, en su caso, de los 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 El Titular o, en su caso, los 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 El Titular o, en su caso, los 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 al Titular 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 El Titular 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 del Titular 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 el Titular o, en su caso, todos los 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 servidor público.
- **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.*** 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 Administración debe informar al Titular o, en su caso, al Órgano de Gobierno sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas.

2.10 El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

2.11 El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe proporcionar información a la Administración para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el Control Interno.

3. Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad.- El Titular 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:

Estructura Organizacional.

3.01 El Titular 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, el Titular 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 El Titular 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.

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:

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.

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 a los candidatos 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.

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:

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. El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe 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 del Titular o, en su caso, del Órgano de Gobierno debe 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 ayudar a los empleados 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. 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, el Titular, 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:

6. Definir Metas y Objetivos institucionales.- El Titular, con el apoyo de la Administración, debe 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:

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.

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:

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.

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:

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 los 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 un servidor público 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 del servidor público de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la Institución le otorga por el desempeño de su función.
- Participación indebida del servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para un tercero.
- Aprovechamiento del empleo, cargo o comisión del servidor público para inducir a que otro servidor público o tercero efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para un tercero.
- Coalición con otros servidores públicos o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.
- Intimidación del servidor público o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.
- Tráfico de influencias. Consistente en que el servidor público utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otro servidor público 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 terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte.
- Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. Cuando en el ejercicio de sus funciones, el servidor público llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.
- Peculado. Cuando el servidor público 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 el servidor público 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 un tercero.

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.

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.

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. 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 todos los servidores públicos conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o unidad administrativa. Para la aplicación de esta norma, el Titular, 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:

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:

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 al Titular 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 un solo servidor público, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al riesgo de colusión en el que dos o más servidores públicos 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.

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.

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 apropiados 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.

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

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. 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 los servidores públicos generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el sistema de control interno 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, el Titular, 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:

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;

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 los usuarios internos y externos.

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.

14. 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.

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 El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe 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 al Titular 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.

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.

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 los proveedores, contratistas, servicios tercerizados, reguladores, auditores externos, 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 El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada al Titular 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. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

Son las actividades establecidas y operadas por los responsables designados por el 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 Fiscalizador 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, el Titular, 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:

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.

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.

17. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias.- Todos los servidores públicos de la Institución deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como al Titular, 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.

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, al Titular.

17.03 En función de los requisitos legales o de cumplimiento, la Institución también puede requerir informar de los problemas a los terceros pertinentes, tales como legisladores, reguladores, organismos normativos y demás encargados 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, el Titular 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

10. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.

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

I. GENÉRICAS:

Todos los servidores públicos de la Institución, son responsables de:

a) Informar al superior jerárquico 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. DEL 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, especiales y demás planes y programas, 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) El Titular 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) El Titular aprobará el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;

f) El Titular aprobará la metodología para la administración de riesgos.

g) El Titular instruirá y supervisará que las unidades administrativas, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos Institucional y acordará con el Coordinador de Control Interno la metodología de administración de riesgos.

h) El Titular 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. DEL COORDINADOR 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 Fiscalizador en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;

b) Acordar con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del MEMICI;

c) Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Institución;

d) Revisar con el Enlace del SCII y presentar para aprobación del 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) Acordar con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, 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 del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;

f) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión. En caso de que la metodología instituida contenga etapas o actividades adicionales a las establecidas en las Disposiciones, se deberá informar por escrito a la Secretaría de Contraloría.

g) Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular del Órgano Fiscalizador y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, para la autorización del Titular, 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 el Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos;

i) Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.

j) Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

k) Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

l) Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR institucionales, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas;

m) Comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR institucionales determinados en el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.

n) Verificar que se registren en el Sistema Informático los reportes de avances trimestrales del PTAR.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

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

p) Revisar y validar que la información Institucional sea suficiente, relevante y competente, e instruir al Enlace del Comité sobre la conformación de la carpeta electrónica, en los 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

q) Solicitar al Enlace del Comité que incorpore al sistema informático la información que compete a las unidades administrativas de la Institución, para la conformación de la carpeta electrónica, a más tardar 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

IV. DEL ENLACE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL:

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;

b) Definir las áreas administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;

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 los responsables de las unidades administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las Normas Generales, sus principios y elementos de control interno;

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

f) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;

g) Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avances Trimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno.

h) Incorporar en el Sistema Informático el Informe Anual, el PTCI y el Reporte de Avances Trimestral, revisados y autorizados.

V. DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas responsables de la administración de riesgos;
b) Informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;
c) Para tal efecto, se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que se encuentra disponible en el portal de la Secretaría de Contraloría;
d) Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos institucionales de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos;
e) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
f) Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avance Trimestral;
g) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos de la Institución, así como los determinados por el Comité o el Órgano de Gobierno, según corresponda.
h) Incorporar en el Sistema Informático la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

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

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;
b) Solicitar a las unidades administrativas de la Institución la información suficiente, relevante y competente para la integración de la carpeta electrónica con 10 días hábiles de anticipación a la celebración del Comité;
c) Remitir al Coordinador de Control Interno la información Institucional consolidada para su revisión y validación;
d) Integrar y capturar la carpeta electrónica para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión**.**
e) Registrar en el Sistema Informático el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

VII. DEL ÓRGANO FISCALIZADOR:

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; y
b) Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, se cumplan en tiempo y forma;

En la Administración de Riesgos:

c) Apoyar a la Institución de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos;
d) Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos;
e) Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya el Enlace de Administración de Riesgos;
f) Evaluar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y
g) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

CAPÍTULO III
Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno
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 los servidores públicos 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 de por lo menos cinco procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) y como máximo los que determine la Institución conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

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

Se podrá seleccionar cualquier proceso prioritario (sustantivo y administrativo), utilizando 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, regionales, institucionales, especiales y/o transversales.
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 al ciudadano, 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 Institución deberá elaborar y remitir, en el mes de noviembre de cada año, a la Secretaría de Contraloría, una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SCII, para ello podrá utilizar el siguiente formato:

Nombre del Proceso Prioritario	Tipo Sustantivo/ Administrativo	Unidad Responsable (Dueña del proceso)	Criterios de Selección							
			a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Proceso 1										
Proceso 2										
Proceso 3										
Proceso 4										
Proceso 5										

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. AMBIENTE DE CONTROL.

1. Los servidores públicos de la Institución, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales **(Institucional)**;

2. Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a los encargados 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 de los Códigos de Ética y de Conducta; se cumplen con las reglas de integridad para el ejercicio del servicio público 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 de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado 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. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

1. 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;
2. 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 el servidor público facultado conforme a la normatividad;
3. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos; y
4. 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. ACTIVIDADES DE CONTROL.

1. 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;
2. 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;
3. 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;
4. Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;
5. 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;
6. 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;
7. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;
8. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;
9. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;
10. 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;
11. 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

12. 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. INFORMAR Y COMUNICAR.

1. 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;
2. 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;
3. 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;
4. 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;
5. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias **(Institucional)**; y
6. 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. Supervisión y Mejora Continua.

1. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de control interno;
2. 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 uno de los responsables y mejorar el proceso; y
3. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte del Titular y la Administración, Órgano Fiscalizador o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

El Coordinador de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que los responsables de los procesos prioritarios seleccionados (sustantivos y administrativos), apliquen la evaluación con objeto de verificar la existencia y suficiencia de los elementos de control. El responsable o dueño 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 Secretaría de Contraloría 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, el Coordinador 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 MEMICI.

El Órgano Fiscalizador podrá recomendar la incorporación de elementos de control adicionales en virtud de las deficiencias que llegará a identificar en el SCII, sin embargo, será el Coordinador 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.

13. DE SU PRESENTACIÓN.

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

I. Al Titular de la Secretaría de Contraloría, con copia al Titular del Órgano Fiscalizador, a más tardar el 31 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 tres cuartillas y se integrará con los siguientes apartados:

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:
  a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno;
  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 o áreas de oportunidad en 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.

La evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo, ambos documentos se incorporarán en el Sistema Informático.

15. DE LA SOLICITUD DEL INFORME ANUAL EN FECHA DISTINTA.

La Secretaría de Contraloría podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al 31 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.

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 el SCII, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes, también deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de mejora, la unidad administrativa y el responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización del Titular de la Institución, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace del SCII.

Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 diciembre de cada año, en caso contrario, se documentarán y presentarán en el Comité las justificaciones correspondientes, así como considerar los aspectos no atendidos en la siguiente evaluación del SCII y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCI.

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, deberá ser resguardada por los servidores públicos responsables de su implementación y estará a disposición de las instancias fiscalizadoras.

17. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.

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

18. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente al 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 que representan, el total de las que se encuentran en proceso y porcentaje 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 del Coordinador de Control Interno.

II. El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:
   a) Al Titular del Órgano Fiscalizador, 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, a través del Sistema Informático, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

19. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO FISCALIZADOR AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

El Titular del Órgano Fiscalizador 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. Al Titular de la Institución y al Coordinador 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 ordinaria.

Sección IV
Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y PTCI.

20. INFORME DE RESULTADOS.

El Titular del Órgano Fiscalizador evaluará el Informe Anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados:

I. Al Titular de la Institución y al Titular de la Secretaría de Contraloría, 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 del Titular del Órgano Fiscalizador deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

I. La evaluación aplicada por la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;

II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado;

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;

IV. Conclusiones y recomendaciones.

V.

Los servidores públicos 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 Fiscalizador, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

TÍTULO TERCERO
METODOLOGÍA 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 en el último trimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, el Titular del Órgano Fiscalizador, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

23. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA.

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente numeral deberá tomarse como base para la metodología específica que aplique cada Institución, misma que deberá estar debidamente autorizada por el Titular de la Institución y documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos.

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; mapeo de procesos; análisis del entorno; lluvia de ideas; entrevistas; análisis de indicadores de gestión, desempeño o de riesgos; cuestionarios; análisis comparativo y registros de riesgos materializados.

En la descripción de los riesgos se deberá considerar 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.

e) 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, 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, 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 servidor público facultado.
   - Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control.
   - 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 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 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 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 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 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 podrá aplicar la metodología general de administración riesgos del presente Título, 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 la "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, los responsables de cada riesgo deben supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia, mediante indicadores que para tal efecto establezcan, reportando en todo momento al Titular de la Institución y Coordinador de Control Interno, en caso que se 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 TIC's, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará al 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 dichos terceros 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.

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, debidamente firmado por el Titular de la Institución, el Coordinador de Control Interno y el 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.

28. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos para informar trimestralmente al 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 que representan, el total de las que se encuentran en proceso y el porcentaje 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 y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
d) Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.

El Coordinador de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR:

a) Al Titular del Órgano Fiscalizador, 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, a través del Sistema Informático, 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 los servidores públicos responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR Institucional y deberá ponerse a disposición de los órganos fiscalizadores, a través del Enlace de Administración de Riesgos.

30. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO FISCALIZADOR AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

El Titular del Órgano Fiscalizador 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. Al 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, a través del Sistema Informático, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

31. DEL REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.

Se realizará 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.

El Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y el Titular de la Institución lo informará al Comité o al Órgano de Gobierno, según corresponda, a través del Sistema Informático, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

Para apoyar el registro y documentación del Proceso de Administración de Riesgos, la Secretaría de Contraloría pondrá a disposición de las Instituciones una herramienta informática, que contemple tanto los riesgos generales como los de corrupción.

TÍTULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO Institucional
CAPÍTULO I
De los Objetivos del Comité

32. DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ.

Los 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, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos 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 fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de las mismas;
VII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución; y
VIII. Agregar valor a la gestión Institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten. Cuando se trate de Instituciones, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones o su equivalente en los órganos administrativos desconcentrados.

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, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

I. El Presidente: Titular de la Institución.
II. El Vocal Ejecutivo: Titular de la Dirección de Administración o su equivalente.
III. Vocales:

a) En las Instituciones:
1. El Titular de la Dirección General de Programación y Presupuesto o equivalente.
2. El Titular del Área de Administración
3. El Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos o equivalente.
4. El Titular de la Dirección General de Tecnologías de Información o equivalente
5. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).

b) En las Instituciones:

1. Instituciones Sectorizadas:

a) Un representante de la Coordinadora Sectorial.
b) El Titular del Área Jurídica o equivalente.
c) El Titular del Área de Tecnologías de la Información de la Institución, en caso de no contar con esta figura, un representante de la Dirección General de Tecnologías de la Información o equivalente de la Coordinadora Sectorial.
d) El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).

2. Instituciones No Sectorizadas:

a) El Titular del área responsable de programación y presupuesto o equivalente.
b) El Titular del Área Jurídica o equivalente.
c) El Titular del Área de Tecnologías de la Información de la Institución o equivalente.
d) El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).
e) El Titular del Área de Administración

c) En los órganos administrativos desconcentrados:

1. El representante de la Institución a la que estén adscritos.
2. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).

Los representantes de la coordinadora sectorial en las Instituciones y de la Institución a la que están adscritos los órganos administrativos desconcentrados, 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 el Presidente y Vocal Ejecutivo del Comité deberán verificar su cumplimiento.

Los órganos administrativos desconcentrados deberán instalar su propio COCODI para los efectos que establece el Título Cuarto de las Disposiciones, como excepción y en caso de no tener adscrito un Órgano Fiscalizador dentro de su estructura orgánica, el Titular de la Institución podrá formular solicitud al Presidente del COCODI de la Institución a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, para que determine por votación de la mayoría de sus miembros sí en sus sesiones, serán tratados los asuntos del órgano administrativo desconcentrado que corresponda o en su caso, determinar la pertinencia de constituir un Comité propio, informando a la Secretaría de Contraloría lo acordado.

34. DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA.

El Contralor Interno o el Comisario Público Propietario y/o Suplente participarán en el Comité en calidad de Órgano de Vigilancia de la Institución.

35. DE LOS INVITADOS.

Se podrán incorporar al Comité como invitados:

a) Los responsables de las áreas de la Institución competentes de los asuntos a tratar en la sesión;
b) Los servidores públicos de la APE, internos 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 los miembros del Comité con autorización del Presidente;
d) El Titular del órgano administrativo desconcentrado, en las sesiones del Comité de la Institución 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 Institución; y
f) Los Enlaces del Sistema de Control Interno, de Administración de Riesgos y del Comité.

Los invitados señalados 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.

36. DE LOS SUPLENTES.

Los miembros propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquellos. Por excepción, las suplencias de los Vocales se podrán realizar hasta el nivel de subdirector o equivalente.

Para fungir como suplentes, los servidores públicos deberán contar con acreditación por escrito del miembro propietario dirigida al Vocal Ejecutivo, de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica correspondiente. Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a los propietarios.

CAPÍTULO III
Atribuciones del Comité y Funciones de los Miembros

37. DE LAS ATRIBUCIONES DEL COMITÉ.

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el Orden del Día;
II. Aprobar acuerdos 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) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados del Titular del Órgano Fiscalizador derivado de la evaluación del Informe Anual; y
  d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia.
III. Aprobar acuerdos 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 Reporte de Avances Trimestral del PTAR;
  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 Fiscalizador o por otras instancias externas de fiscalización.
IV. Aprobar acuerdos 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 y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados; 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 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 reporte del análisis del desempeño de la Institución, que elaboren los Contralores Internos para las Instituciones y órganos administrativos desconcentrados, 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 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 DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ.

El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;
III. Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;
IV. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados externos ajenos a la APE;
V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, conforme a lo siguiente:
  a) Al Órgano de Gobierno de las Instituciones, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración del Comité.
  b) En el caso de los órganos administrativos desconcentrados, al Titular de la Institución a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, dentro de los diez días hábiles siguientes al de la fecha de la sesión ordinaria del Comité.
VI. Fomentar la actualización de conocimientos y capacidades de los miembros propietarios en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

39. DE LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS.

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios 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 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 invitados externos 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; 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 DEL VOCAL EJECUTIVO.

El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de los miembros e invitados 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. Validar que la información Institucional fue integrada y capturada en la carpeta electrónica por el Enlace del Comité para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión;
V. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos;
VI. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables;
VII. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo; y
VIII. Verificar la integración de la carpeta electrónica por parte del Enlace del Comité, respecto de la información que compete a las unidades administrativas de la Institución.

41. DE LAS FUNCIONES DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA.

Son funciones del Contralor Interno o Comisario Público:

I. Participar con voz, pero sin voto, en las sesiones;
II. Promover la atención de los acuerdos del Comité, ante las instancias que correspondan;
III. Comunicar, en su caso, al Presidente y/o Vocal Ejecutivo las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, cuando en el desempeño de sus funciones así lo estime pertinente;
IV. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos; y
V. Vigilar el cumplimiento de lo establecido en el Título Cuarto de las presentes Disposiciones.

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 órganos administrativos desconcentrados y de las Instituciones, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del órgano de gobierno, 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 el Vocal Ejecutivo a los miembros e invitados, 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 en el Sistema Informático.

Las convocatorias 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, el Vocal Ejecutivo previa autorización del Presidente, informará a los miembros e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

Los órganos administrativos desconcentrados y las Instituciones deberán programar sus sesiones, cuando menos con 15 días de anticipación a la celebración de las correspondientes a su Órgano de Gobierno, 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, virtual o ambas 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 los 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 el Presidente o el Presidente suplente y el Vocal Ejecutivo o el Vocal Ejecutivo suplente.

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

Sección II
De la Orden del Día

47. DE LA 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 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 de control comprometidas en los Programas de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos.

La Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;
II. Aprobación de la 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 adoptados, 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 el Vocal Ejecutivo y Titular del Órgano Fiscalizador determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones;
V. Cédula de problemáticas o situaciones críticas.- La cédula deberá ser elaborada por el Vocal Ejecutivo a sugerencia de los miembros o invitados del Comité, considerando, en su caso, la información que proporcionen las unidades normativas de la Secretaría de Contraloría, 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, 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 control interno, que deban ser incorporadas y atendidas con acciones de mejora en el PTCI o en el PTAR;
VI. Presentación del Reporte Anual del Análisis del Desempeño de la Institución; y
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 los abogados externos que están contratados su trámite correspondiente; y

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 Institución facultada.
Considerando la integración y objetivos del Comité, se deberá evitar la presentación en este apartado de estadísticas, aspectos y asuntos eminentemente informativos.

VIII. Programas con Padrones de Beneficiarios:
- **a)** Listado de programas de beneficiarios 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); y
- **b)** Informar el avance y, en su caso, los rezagos en la integración de los Padrones de Beneficiarios de los programas comprometidos al periodo, el número de beneficiarios 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 y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:
- **a)** Informe Anual, PTCI e Informe de Resultados del Titular del Órgano Fiscalizador derivado de la evaluación al Informe Anual (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; así como las pendientes sin avance y el porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso; y
- **c)** Aspectos relevantes del Informe de verificación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

XI. Proceso de Administración de Riesgos Institucional:
- **a)** Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria);
- **b)** Reporte de Avance 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 y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance; y
- **c)** Aspectos relevantes del Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador 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 servidores públicos de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas; y
- **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 para un Gobierno Cercano y Moderno.

XIV. Asuntos Generales.
En este apartado se presentarán las dificultades o situaciones que causan problemas para ser analizadas e identificar las debilidades de control interno o riesgos, mismos que deberán ser revisados y tratados en la siguiente sesión del Comité.

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

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

Sección III
De los Acuerdos

48. REQUISITOS DE LOS ACUERDOS.

Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de los miembros 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 terceros ajenos 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 los responsables de su atención;
III. 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 los miembros asistentes, en caso de empate el Presidente del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, el Vocal Ejecutivo dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

49. ENVÍO DE ACUERDOS PARA SU ATENCIÓN.

El Vocal Ejecutivo remitirá los acuerdos a los 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.

50. ACUERDOS RELEVANTES DEL CONOCIMIENTO DE INSTANCIAS SUPERIORES.

El Comité determinará los acuerdos relevantes que el Presidente hará del conocimiento al Órgano de Gobierno de las Instituciones y en el caso de los órganos administrativos desconcentrados de la Institución a la que se encuentren adscritos.

51. REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS.

Para los acuerdos 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 el Sistema Informático la fecha inicial de atención.

Sección IV
De las Actas

52. REQUISITOS DEL ACTA.

Por cada sesión del Comité se levantará un acta que será foliada y contendrá al menos lo siguiente:
I. Nombres y cargos de los asistentes;
II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
III. Acuerdos aprobados; y
IV. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión, de los Contralores Internos y/o Comisarios Públicos según corresponda. Los invitados de la Institución que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

53. ELABORACIÓN DEL ACTA Y DE SU REVISIÓN.

El Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

Los miembros del Comité y, en su caso, los invitados revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios al Vocal Ejecutivo dentro de los 5 días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos se tendrá por aceptado el proyecto y recabará las firmas a más tardar 20 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, para su integración en el Sistema Informático previo a la siguiente sesión.

Sección V
Del Sistema Informático

54. DE LA CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES.

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

55. DEL ACCESO AL SISTEMA INFORMÁTICO.

Tendrán acceso al Sistema Informático, el Titular de la Secretaría de Contraloría del, los miembros del Comité, el Contralor Interno y el Comisario Público y sus Suplentes, el Coordinador de Control Interno, los enlaces del SCII, de Administración de Riesgos, del Comité y el auditor externo.

Las cuentas de usuario y claves de acceso, así como sus actualizaciones, serán proporcionadas por la Secretaría de Contraloría, previa solicitud del Titular del Órgano Fiscalizador, conforme a los procedimientos que la primera establezca.

56. DE LAS BAJAS DE USUARIOS.

El Coordinador de Control Interno informará al Vocal Ejecutivo las bajas de las cuentas de usuario y cambios requeridos en las claves de acceso, para que este último solicite mediante oficio la actualización a la Secretaría de Contraloría.

57. RUTA DE ACCESO AL SISTEMA.

El Sistema Informático se encuentra disponible en el Portal de la Secretaría de Contraloría.

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

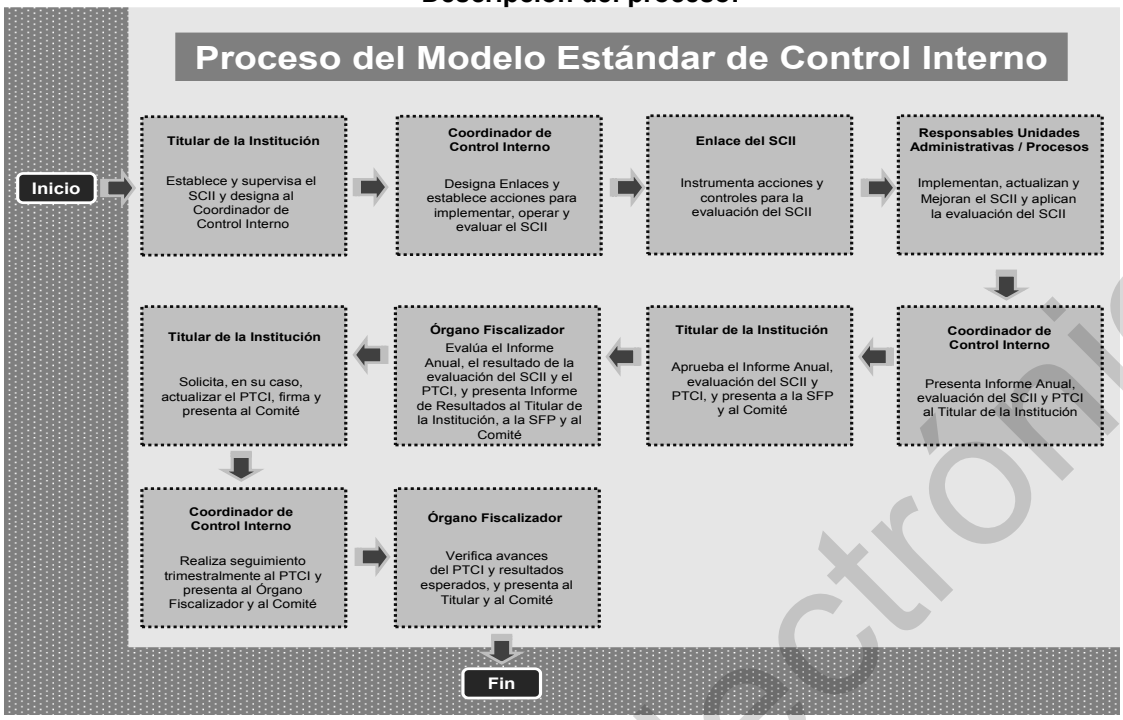
MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO

Procesos:

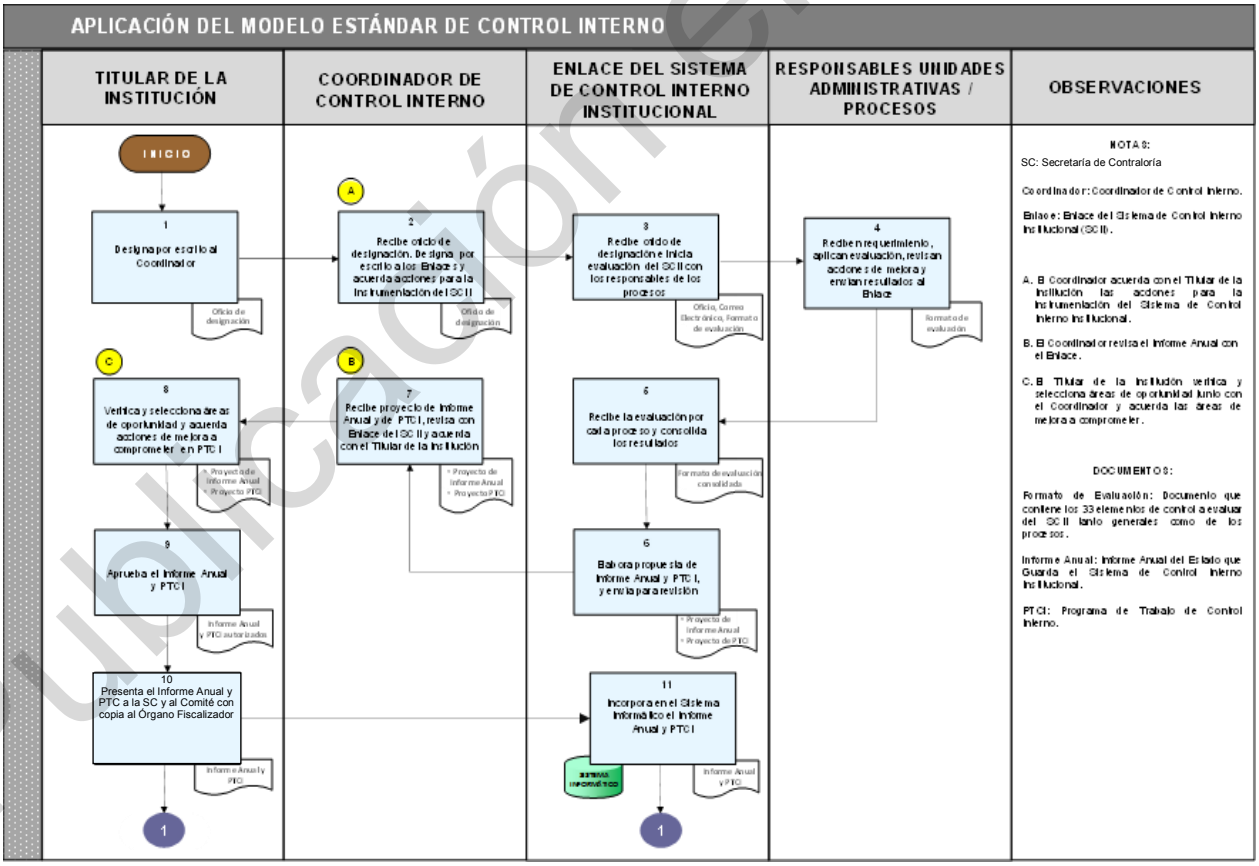
I. **Aplicación del MEMICI.**

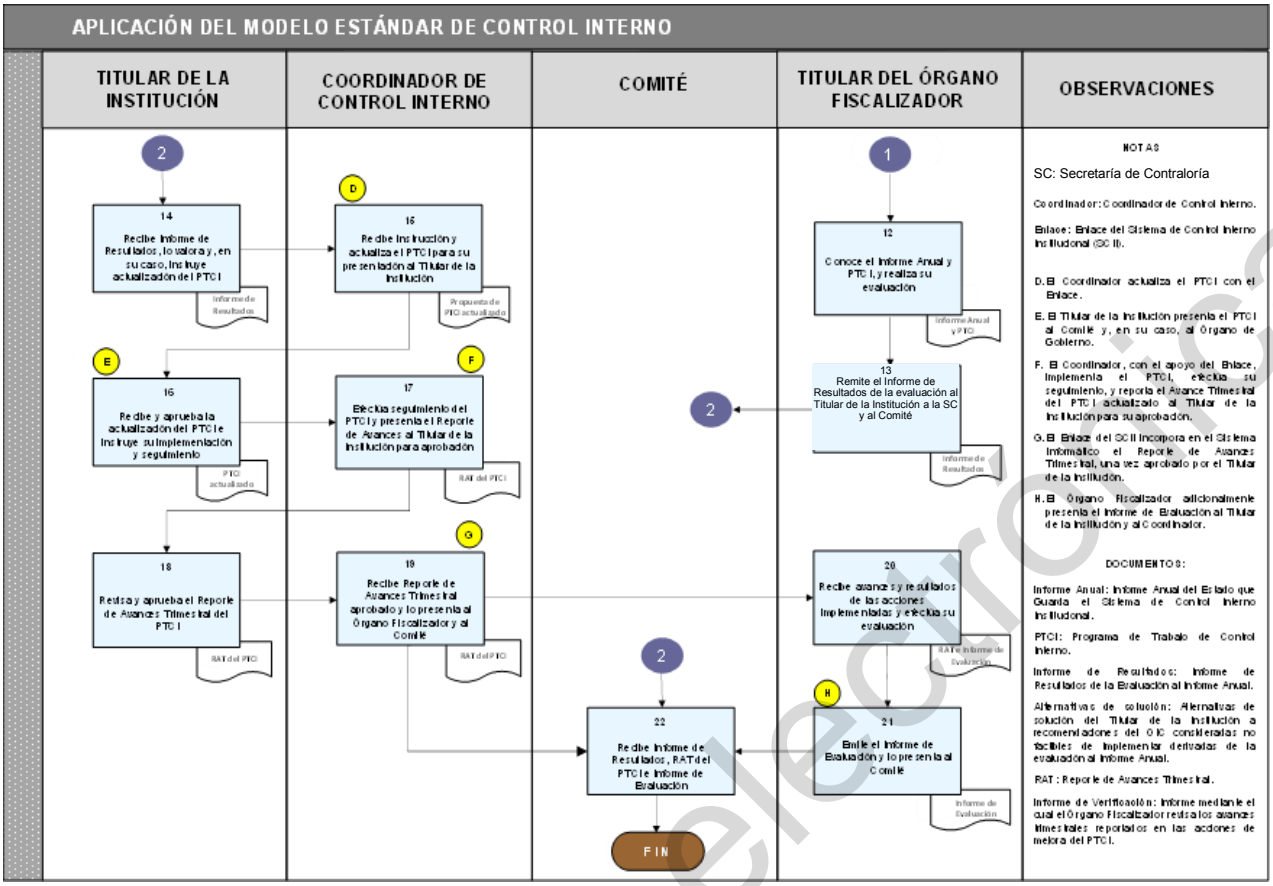
Objetivo. Implantar un sistema de Control Interno eficaz y eficiente en todos los ámbitos y niveles de las Instituciones de la APE.

Descripción 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.	Titular de la Institución	Designa por escrito al Coordinador de Control Interno.	Oficio de designación	Numeral 4
2.	Coordinador de Control Interno	Recibe oficio de designación. Designa por escrito a los Enlaces de los procesos. Acuerda con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del SCII, en términos de las Disposiciones, y solicita al Enlace del SCII la aplicación de la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.	Oficio de designación / Reunión de Trabajo / Correo electrónico Institucional	Numerales 4 y 10, fracción III, incisos b) y c)
3.	Enlace del SCII	Recibe oficio de designación. Inicia el proceso de Evaluación, solicitando a los responsables de las unidades administrativas la realicen en sus procesos prioritarios.	Oficio de designación / Correo electrónico Institucional / Evaluación del SCII	Numeral 10, fracción IV, incisos a), b) y c)
4.	Responsables de las	Reciben requerimiento para realizar la evaluación del SCII por procesos prioritarios, aplican evaluación, revisan propuestas	Evaluación por procesos prioritarios	Numeral 10, fracción IV, incisos c) y d)

	Unidades Administrativas / Procesos	de acciones de mejora y envían resultados al Enlace del SCII.		
5.	Enlace del SCII	Recibe evaluaciones y consolida por procesos prioritarios la información de dichas evaluaciones.	Evaluación consolidada de los procesos prioritarios	Numeral 10, fracción IV, incisos c) y d)
6.	Enlace del SCII	Elabora proyecto del Informe Anual y PTCI y envía al Coordinador de Control Interno para revisión.	Proyecto de Informe Anual y PTCI	Numeral 10, fracción IV, inciso e)
7.	Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII	Recibe proyecto de Informe Anual y PTCI, revisa con el Enlace del SCII y acuerda con el Titular de la Institución.	Propuesta de Informe Anual y PTCI	Numeral 10, fracciones III, inciso d); y IV, inciso e)
8.	Titular de la Institución y Coordinador de Control Interno	Analizan y seleccionan áreas de oportunidad detectadas y acuerdan acciones de mejora a comprometer en el PTCI.	Propuesta de Informe Anual y PTCI	Numeral 10, fracciones II, inciso d) y e); y III, inciso d)
9.	Titular de la Institución	Aprueba el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual y PTCI	Numeral 10, fracción II, inciso e)
10.	Titular de la Institución	Presenta al Titular de la Secretaría de Contraloría, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, con copia al Órgano Fiscalizador, el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual, y PTCI	Numeral 13
11.	Enlace del SCII	Incorpora en el Sistema Informático el Informe Anual y PTCI.	Sistema Informático	Numeral 10, fracción IV, inciso h)
12.	Titular del Órgano Fiscalizador	Conoce el Informe Anual y PTCI, y realiza su evaluación.	Informe Anual, y PTCI e Informe de Resultados	Numeral 20
13.	Titular del Órgano Fiscalizador	Remite el Informe de Resultados al Titular de la Institución, al Titular de la Secretaría de Contraloría y al Comité, y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Oficio con Informe de Resultados	Numeral 20
14.	Titular de la Institución	Recibe Informe de Resultados y opinión del Titular del Órgano Fiscalizador, lo valora y, en su caso, instruye al Coordinador de Control Interno la actualización del PTCI.	Oficio con Informe de Resultados	Numerales 17 y 20
15.	Coordinador de Control Interno	Recibe instrucción de actualizar el PTCI y presenta la actualización para firma del Titular de la Institución.	Propuesta PTCI Actualizado	Numerales 10, fracción III, inciso d); y 17
16.	Titular de la Institución	Recibe PTCI actualizado para su firma e instruye al Coordinador su implementación y seguimiento.	PTCI Actualizado	Numeral 17

17.	Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII	Realiza el seguimiento e informa trimestralmente al Titular de la Institución por medio del Reporte de Avances Trimestral del PTCI para su aprobación.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI	Numeral 18, fracciones I y II
18.	Titular de la Institución	Revisa y aprueba el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI	Numeral 10, fracción III, inciso d)
19.	Coordinador de Control Interno	Recibe y firma el Reporte de Avances Trimestral del PTCI y lo presenta al Titular del Órgano Fiscalizador, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI	Numeral 18, fracciones I, inciso d) y II, incisos a) y b)
20.	Titular del Órgano Fiscalizador	Recibe Reporte de Avances Trimestral del PTCI, y resultados de las acciones comprometidas y efectúa su evaluación.	Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral	Numerales 18, fracción II, inciso a); y 19
21.	Titular del Órgano Fiscalizador	Emite el Informe de Evaluación al Reporte de Avances Trimestral y lo presenta al Titular de la Institución, al Coordinador de Control Interno y al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Informe de Evaluación	Numeral 19
22.	Comité	Recibe Informe de Resultados, Reporte de Avances Trimestral del PTCI e Informe de Evaluación.	Informe de Resultados / Reporte de Avances Trimestral / Informe de Evaluación	Numerales 18, fracción II, inciso b); 19, fracción II; y 20, fracción II

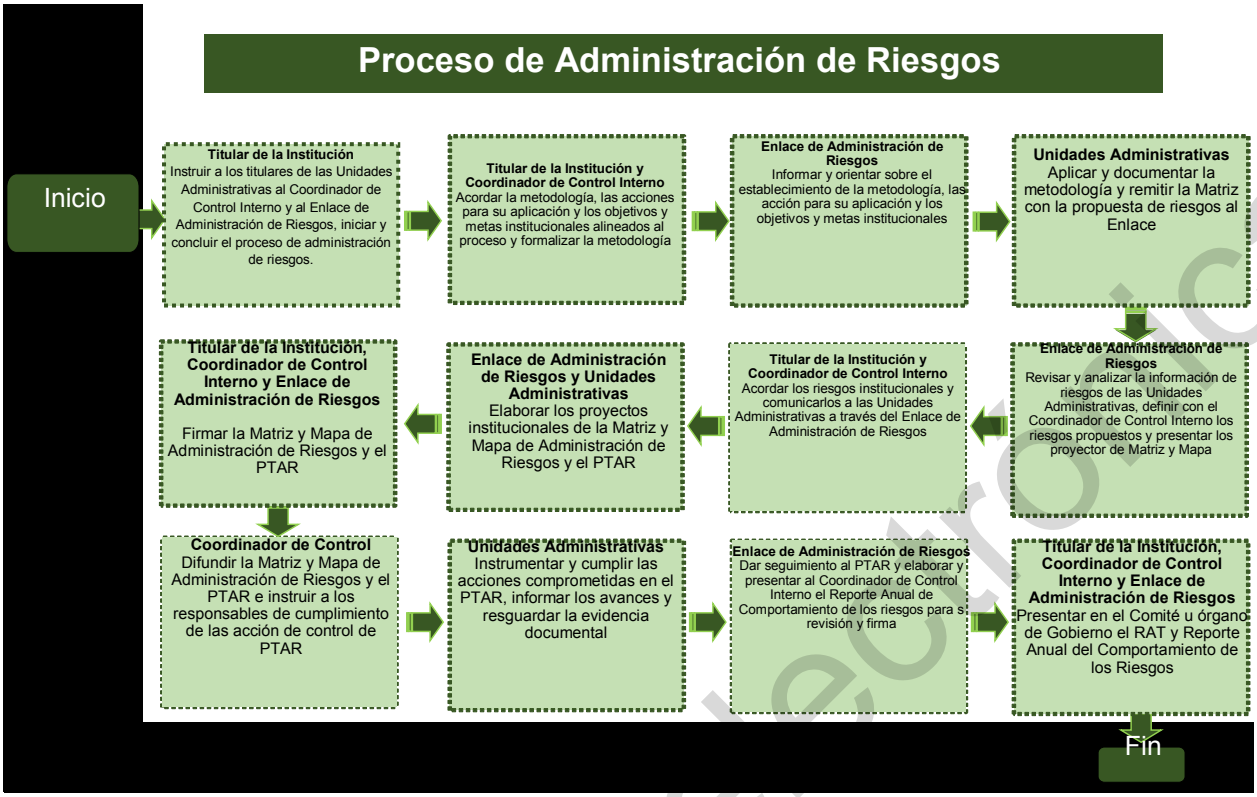
Documentación Soporte del Proceso / Procedimiento:

- Informe Anual (Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional y PTCI).
- Informe de Resultados (Informe de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y PTCI).
- Reporte de Avances Trimestral del PTCI.
- Informe de Evaluación (Informe de Evaluación del Titular del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del PTCI).

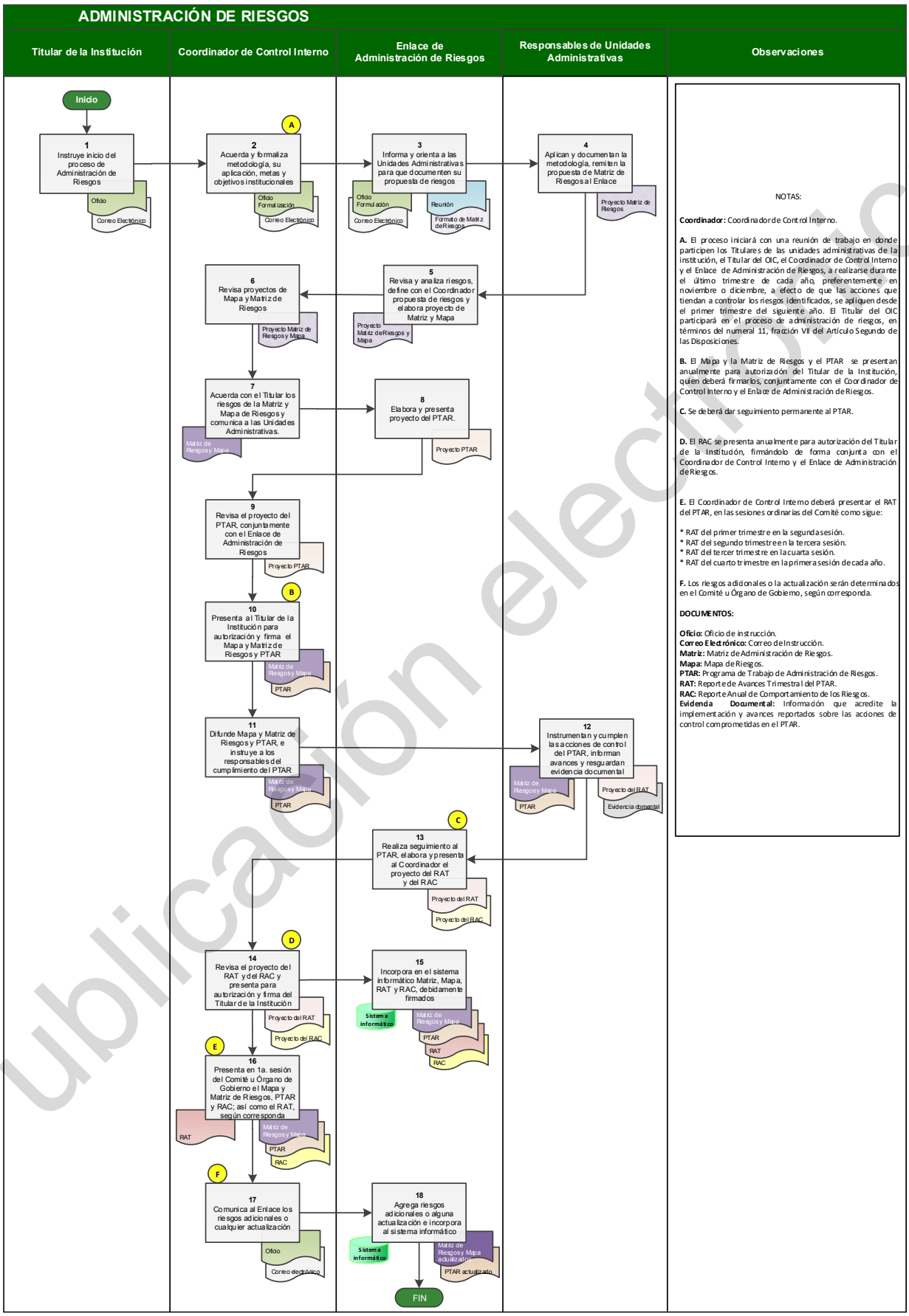
II. Administración de Riesgos institucionales

Objetivo.- Establecer las etapas de la metodología 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 del proceso:



Descripción de los pasos y/o procedimiento:



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 Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos iniciar el proceso de administración de riesgos.	Oficio/ Correo electrónico	Numeral 10, fracción II, inciso g)
2	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales a los que se alinea el proceso y riesgos, y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.	Oficio de formalización/ Correo electrónico	Numeral 10, fracciones II, inciso g), y III, inciso e)
3	Enlace de Administración de Riesgos	Informa y orienta a las Unidades Administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación, y los objetivos y metas institucionales, para que documenten su propuesta de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos.	Oficio/ Correo electrónico/ Reunión Formato de Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 10, fracción V, inciso b)
4	Unidades Administrativas	Documenta las propuestas de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos, en función de las etapas mínimas establecidas.	Proyecto de Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 10, fracción I, inciso a)
5	Enlace de Administración de Riesgos	Revisa y analiza la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, define con el Coordinador de Control Interno la propuesta de riesgos institucionales, elabora y presenta al mismo los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos institucionales.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 10, fracción V, inciso d)
6	Coordinador de Control Interno	Revisa los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos institucionales.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 10, fracción III, inciso i)

7	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución los riesgos institucionales y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 10, fracción III, inciso e)
8	Enlace de Administración de Riesgos	Elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del PTAR Institucional.	Proyecto del PTAR	Numeral 10, fracción V, inciso d)
9	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del PTAR Institucional, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.	Proyecto del PTAR	Numeral 10, fracción III, inciso i)
10	Coordinador de Control Interno	Presenta anualmente para autorización del Titular de la Institución la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, y firma de forma conjunta con el Enlace de Administración de Riesgos.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR	Numeral 10, fracción III, inciso j)
11	Coordinador de Control Interno	Difunde la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, e instruye la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas y al Enlace de Administración de Riesgos.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR	Numeral 10, fracción III, inciso l)
12	Unidades Administrativas	Instrumentan y cumplen las acciones de control del PTAR, e informan avances trimestrales y resguardan la evidencia documental.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Evidencia documental	Numeral 29
13	Enlace de Administración de Riesgos	Realiza conjuntamente con el Coordinador de Control Interno el seguimiento permanente al PTAR, elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR con la información proporcionada por las Unidades Administrativas y el Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos.	Proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos	Numerales 10, fracción V, inciso f); y 28
14	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, los	Reporte de Avances Trimestral del PTAR Reporte	Numeral 10, fracción III, incisos j y k)

		firma conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos y los presenta para autorización y firma del Titular de la Institución.	Anual de Comportamiento de los Riesgos	
15	Enlace de Administración de Riesgos	Incorpora en el Sistema Informático Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos; resguardando los documentos firmados y sus respectivas actualizaciones.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos	Numeral 10, fracción V, inciso h)
16	Coordinador de Control Interno	Presenta en la primera sesión del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, el Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR y el Reporte Anual de 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.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR. Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos	Numeral 10, fracción V, inciso o)
17	Coordinador de Control Interno	Comunica al Enlace de Administración de Riesgos los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR determinados por los servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Oficio/ Correo electrónico Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR actualizados	Numeral 10, fracción III, inciso m)
18	Enlace de Administración de Riesgos	Agrega a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR, los riesgos adicionales o alguna actualización, identificada por servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR	Numeral 10, fracción V, inciso g)

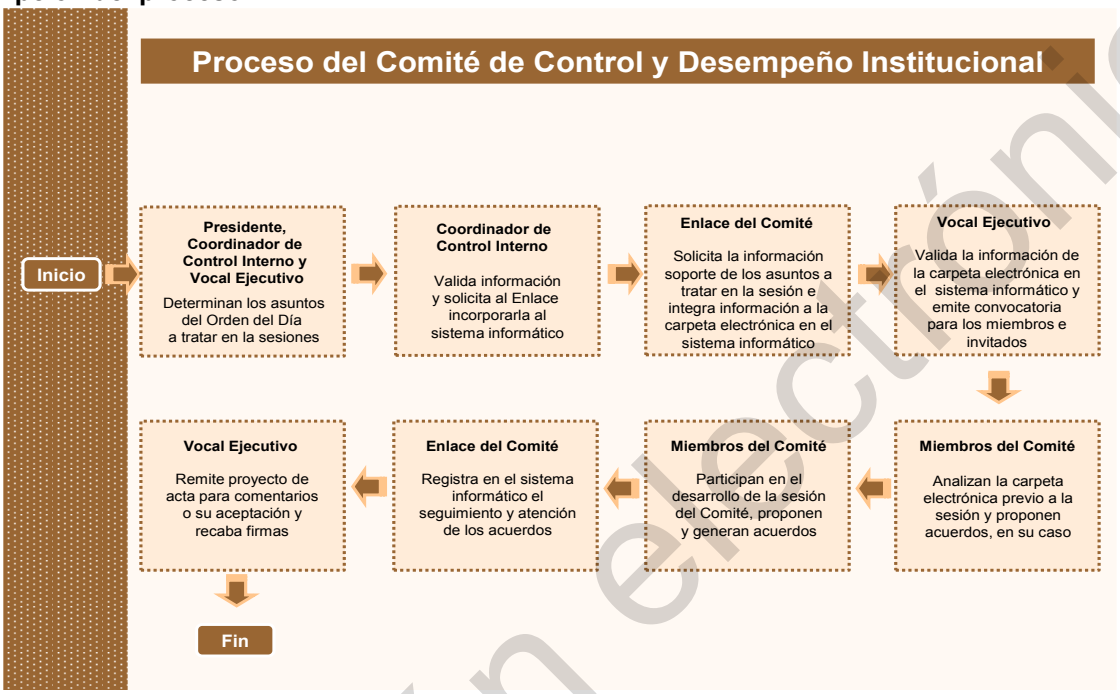
Documentación Soporte del Proceso /Procedimiento:

- Formato de 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 de Comportamiento de los Riesgos (RAC).

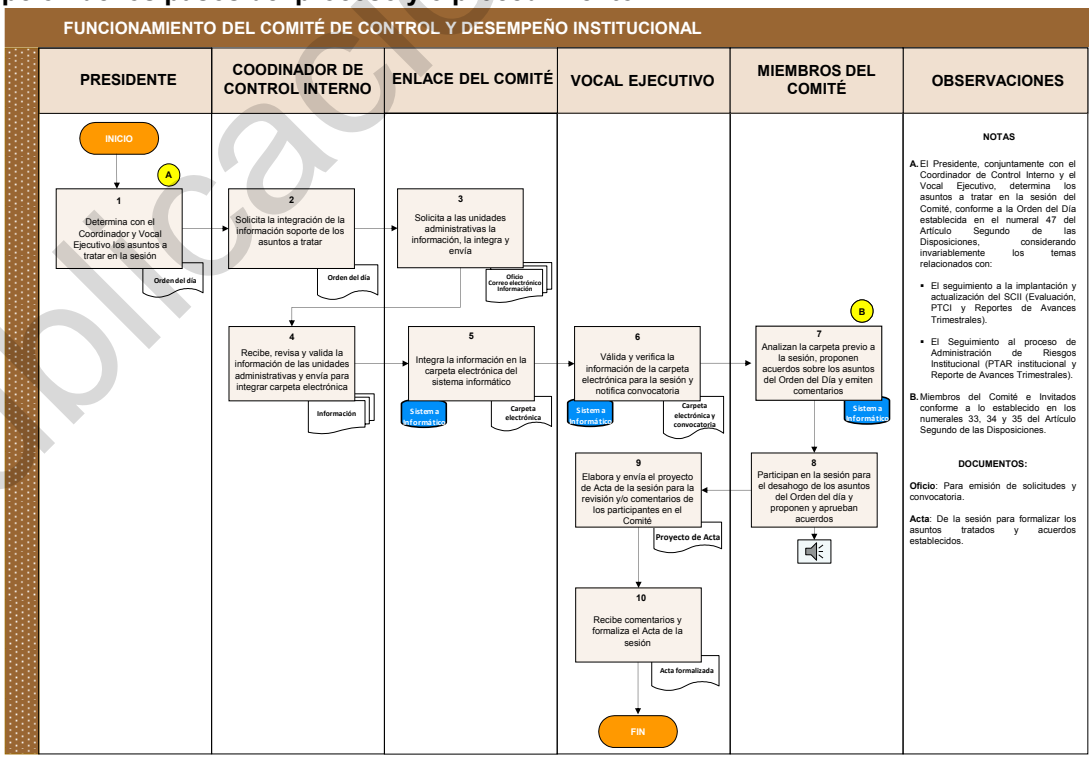
III. Funcionamiento del Comité de Control y Desempeño Institucional.

Objetivo. Constituir un órgano colegiado al interior de las Instituciones de la APE, en apoyo a los 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, y al análisis y seguimiento de la detección y administración de riesgos.

Descripción 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	Presidente del Comité, Coordinador de Control Interno y Vocal Ejecutivo	Determinan los asuntos a tratar en la sesión del Comité que corresponda, a partir de lo establecido en la Orden del Día, numeral 47 del Artículo Segundo de las Disposiciones.	Orden del Día	Numerales 10, fracción III, inciso o); 38, fracción I; y 39, fracción I
2	Coordinador de Control Interno	Solicita al Enlace del Comité la integración de la información soporte de los asuntos a tratar en la sesión del Comité.	Orden del Día	Numeral 10, fracción III, inciso p).
3	Enlace del Comité	Solicita a las unidades administrativas responsables (incluido el Órgano de Control Interno) la información para integrar la carpeta electrónica.	Oficio/Correo electrónico Información	Numeral 10, fracción VI, inciso b).
4	Coordinador de Control Interno	Revisa y valida la información remitida por las áreas, 10 días hábiles previos a la sesión e instruye al Enlace del Comité la conformación de la carpeta electrónica en el Sistema Informático.	Oficio/Correo electrónico	Numeral 10, fracción III, inciso p).
5	Enlace del Comité	Integra y captura la información en la carpeta electrónica del Sistema Informático con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité.	Sistema Informático.	Numeral 10, fracción VI, inciso d).
6	Vocal Ejecutivo	Valida y verifica en el Sistema Informático la integración de la información en la carpeta electrónica y notifica con cinco días de anticipación a la fecha de la convocatoria de la sesión a los miembros e invitados del Comité.	Carpeta electrónica Convocatoria (Oficio/Correo electrónico)	Numeral 40, fracciones III y IV
7	Miembros del Comité e invitados	Analizan la carpeta electrónica a más tardar 24 horas previo a la sesión, presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción a través de la cédula de problemáticas o situaciones críticas, proponer acuerdos sobre los temas a tratar en la sesión, y aprueban acuerdos en sesión ordinaria y/o extraordinaria.	Sistema Informático.	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	Reunión presencial o videoconferencia	Numeral 37

		las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.		
9	Vocal Ejecutivo	Elabora y envía proyecto de acuerdos a los responsables de su atención, así como el Acta a los Miembros del Comité y a los invitados que acudieron a la sesión, para su revisión y/o comentarios o aceptación a efecto de elaborar el acta definitiva.	Grabación audio y/o video de la sesión / proyecto de Acta.	Numerales 40, fracción VII; y 53.
10	Vocal Ejecutivo	Formaliza el Acta de la sesión recabando las firmas de los miembros del Comité e invitados, e incorpora al Sistema Informático.	Acta firmada de la sesión.	Numerales 40, fracción VII; y 53.

Documentación Soporte del Proceso / Procedimiento:

Sistema Informático.

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 Subsecretaría de Control y Evaluación de la Gestión Pública.

ARTÍCULO QUINTO.- Las Disposiciones y procedimientos contenidos en el Manual a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse, cuando menos una vez al año por la Subsecretaría de Control y Evaluación de la Gestión Pública, para efectos de su actualización de resultar procedente.

ARTÍCULO SEXTO.- Los Órganos Internos de Control de las Instituciones de la APE, vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua.

TRANSITORIOS

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

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

TERCERO.- La Secretaría de Contraloría pondrá a disposición de las Instituciones las nuevas herramientas informáticas que se desarrollen para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos del Marco Estatal de Control Interno para el Sector Público del Estado de Hidalgo (MEMICI), de Administración de Riesgos y del Comité.

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

Sufragio Efectivo. No Reelección.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo del Estado, en la Ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo, a los 22 días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete.

EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE HIDALGO

LICENCIADO OMAR FAYAD MENESES
RUBRICA