

ACUERDO

Al margen un sello que dice: Estados Unidos Mexicanos. Gobierno del Estado de Jalisco. Poder Ejecutivo. Contraloría del Estado.

ACUERDO DE LA CONTRALORA DEL ESTADO POR EL QUE EXPIDE LA GUÍA ADMINISTRATIVA Y DIVERSAS DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE JALISCO.

ACUERDO N° xx/2018.

Guadalajara, Jalisco; a 21 veintiuno de agosto del 2018.

María Teresa Brito Serrano, Contralora del Estado, con fundamento en los artículos 3° fracción III, XXI y 10 fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; 106 fracción III de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 46 numerales 1 y 2 fracción II y V; 50 numerales 1 y 2 de la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco; 6 fracción IV, 35, 36 primero y último párrafo, 37 último párrafo, 38 fracciones I, IV y XV de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco; 6 fracción XV, 35 y 36 del Reglamento Interior de la Contraloría del Estado de Jalisco; y 52 de las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco; y con base en las siguientes:

CONSIDERACIONES:

I. El artículo 3 fracción XXI de la Ley General de Responsabilidades Administrativas establece que los órganos internos de control son las unidades administrativas a cargo de promover, evaluar y fortalecer el buen funcionamiento del control interno en los entes públicos.

II. Al respecto, el artículo 106 de la Constitución Política del Estado de Jalisco, dispone que la Contraloría del Estado es el Órgano Interno del Control del Poder Ejecutivo del Estado y estará facultada por sí o a través de los órganos internos de control de la Administración Pública Centralizada y Paraestatal, para prevenir, corregir, investigar y substanciar las faltas administrativas en que incurran los servidores públicos del Poder Ejecutivo; y por su parte, el artículo 51 numeral 1 de la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco, establece que los órganos internos de control se regirán conforme a lo establecido en el artículo constitucional referido y tendrán las facultades y obligaciones que les otorga la Ley General de Responsabilidades Administrativas y las demás leyes aplicables.

III. Por su parte, el artículo 50 numeral 2 de la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco, ordena que la Contraloría del

Estado ejercerá sus atribuciones de conformidad a la legislación orgánica del Poder Ejecutivo.

IV. Así pues, el artículo 36 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco, establece que corresponde al titular de la Contraloría del Estado la facultad de expedir los acuerdos, circulares, instructivos, bases y manuales de organización y procedimientos conducentes al buen despacho de sus funciones; mientras que el artículo 37 último párrafo de la misma, ordena que dicha Dependencia funcionará de acuerdo con los reglamentos, manuales y demás instrumentos normativos aplicables; y por último, el artículo 38 en sus fracciones I y XI de la norma en cita, establece que la Dependencia en mención tiene dentro de sus atribuciones, las relativas a planear, organizar y coordinar el Sistema de Control y Evaluación del Gobierno del Estado, por lo cual, se encuentra debidamente sustentada su competencia para expedir este Acuerdo.

V. En fortalecimiento a lo anterior, y de acuerdo con la estrategia E1 del Objetivo Sectorial 01, del Objetivo para el Desarrollo OD209 del Plan Estatal de Desarrollo, con el presente ordenamiento se busca aumentar y eficientar la labor de control y vigilancia de las acciones realizadas por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado, así como de la actuación de los servidores públicos que la integran, a fin de prevenir la comisión de faltas administrativas en la gestión pública y de fortalecer el buen funcionamiento del control interno en dichos entes públicos.

VI. En este contexto, con el objetivo de mejorar la gestión pública gubernamental en la Administración Pública del Estado de Jalisco, se pretende fortalecer el funcionamiento de sus Dependencias y Entidades, a través de la mejora en la prestación de los bienes y servicios que brindan a la población; el incremento en la eficiencia de su operación mediante la creación o fortalecimiento, en su caso, de sus procesos y normas; el mejor aprovechamiento de los recursos; la eficiencia de los procesos vinculados a las contrataciones que realiza dicho ente público; así como el fortalecimiento del desempeño de los servidores públicos.

VII. En este contexto, el 17 de septiembre de 2016, se publicó en el Periódico Oficial "El Estado de Jalisco", el Acuerdo por el que se Establecen las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco; y el 08 de octubre del 2016, el diverso Acuerdo de la Contralora del Estado por el cual se expidió el Modelo del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco (MOMICI); el primero de ellos, como parte de las acciones instrumentadas por dicho ente público para estandarizar las disposiciones, políticas, estrategias, acciones o criterios y los procedimientos internos que en materia de control interno se deberán observar en el ámbito de la Administración Pública del Estado de Jalisco; y el segundo,

con la finalidad de implementar el modelo estándar de control interno, la metodología general de administración de riesgos a fin de fortalecer la cultura del autocontrol y la autoevaluación, así como el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones como un medio para contribuir al logro de metas y objetivos institucionales.

VIII. Sobre el punto anterior, es necesario considerar que contar con un Sistema de Control Interno efectivo en las instituciones de la Administración Pública del Estado de Jalisco, 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, que con su operación y constitución, como un foro colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento al desempeño institucional y control interno, propiciará reducir la probabilidad de ocurrencia de faltas administrativas y hechos de corrupción; asegurará el comportamiento ético de los servidores públicos; considerará la integración de las tecnologías de información en el control interno; y consolidará los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

IX. Con el fin de articular de manera eficaz la gestión en materia de control interno en el marco de los Sistemas Nacional y Estatal Anticorrupción, mismos que atribuyen a los órganos internos de control las facultades de promover, fortalecer y evaluar el buen funcionamiento de control interno; y de asegurar las condiciones para la implementación y su seguimiento en el ámbito de la Administración Pública del Estado por parte de los titulares de las Dependencias y Entidades que la integran, con apoyo de su área administrativa; es por lo que mediante este Acuerdo se reconocen y se amplían diversos aspectos relacionados con las siguientes autoridades:

a) En artículo 47 de las normas multicitadas, así como en la página 20 del Modelo del Marco Integrado del Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco, se prevé la existencia de Unidades Administrativas Especializadas denominadas Comités de Administración de Riesgos, que tienen dentro de sus funciones, la relativa a la implementación y mejora continua del control interno en el ámbito de la Dependencia o Entidad de su respectiva adscripción.

b). También se prevé en este Acuerdo la existencia y operación de Unidades Especializadas denominadas Comités de Control y Desempeño Institucional, las cuales agregan valor a la gestión institucional de las diversas Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado, al buscar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como la mejora de los programas presupuestarios, al ser encabezadas por el Titular de la entidad pública de que se trate, en su calidad de Presidente de dichas instancias.

6

c). - De igual manera, se prevé la figura de un Coordinador General de Control Interno, el cual asume las facultades para promover, fortalecer y evaluar el buen funcionamiento del control interno en el ámbito de la Administración Pública del Estado, conforme al alcance del artículo 3 fracción XXI de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Por las consideraciones anteriormente expuestas y en ejercicio de la facultad prevista en el artículo 52 de las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco, se emite los siguientes:

ACUERDOS

PRIMERO. SE EXPIDE LA GUÍA ADMINISTRATIVA Y DIVERSAS DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE JALISCO, que se desarrollan al tenor de los siguientes artículos y disposiciones:

TÍTULO PRIMERO Disposiciones Generales

CAPÍTULO I Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones

1. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Acuerdo tiene por objeto determinar las disposiciones relativas a la competencia de la Contraloría del Estado, como Órgano Interno del Control del Poder Ejecutivo, para ejercer, por sí o a través de los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Centralizada y Paraestatal, la promoción, fortalecimiento y evaluación del buen funcionamiento del control interno en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado; para fortalecer las facultades a cargo de los titulares de éstas, para el establecimiento, actualización y operación de sus Sistemas de Control Interno Institucional, en complemento a las disposiciones contenidas en las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco y el Modelo del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco (MOMICI).

Las autoridades previstas en este Acuerdo, diversas a las señaladas en el párrafo anterior, serán responsables de llevar a cabo las funciones que se prevén a su cargo en este Ordenamiento, en coadyuvancia a aquéllas.

Las obligaciones atribuidas en este Acuerdo a los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado, podrán ejercerse por sí o a través del titular de su respectiva área administrativa.

2. DEFINICIONES.

Para los efectos de las presentes Disposiciones, se entenderá por:

- I. **Acción (es) de control:** Las actividades determinadas e implementadas por la Contraloría del Estado, por sí o a través de los órganos internos de control de la Administración Centralizada y Paraestatal, con la colaboración responsable de los Titulares de éstas y demás autoridades previstas en este Acuerdo 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 implementadas por las autoridades mencionadas en este Acuerdo 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 relativo a las Dependencias y Entidades;
- 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 del Estado;
- 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 prevención, 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 por mérito:** Implica contratar a las personas que cuenten con los mejores conocimientos, aptitudes y habilidades para llevar a cabo de manera eficiente y eficaz un empleo, cargo o comisión en la APE;
- XI. Control correctivo:** 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, acciones, omisiones o desviaciones;
- XII. Control detectivo:** El mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifica las acciones, omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;
- XIII. Control interno:** El proceso efectuado por la Contraloría del Estado por sí o a través de los órganos internos de control de la Administración Pública Centralizada y Paraestatal, con la colaboración responsable de los Titulares de los entes descritos en el presente párrafo, y en su caso, por el Órgano de Gobierno de las Entidades, 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 promover, evaluar y fortalecer el buen funcionamiento del control interno en los entes públicos, prevenir faltas administrativas, y actos contrarios a los principios y valores que rigen el servicio público;
- XIV. Control preventivo:** 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;
- XVI. Dependencias:** Las instituciones previstas en el artículo 6 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco;

- XVII. Disposiciones:** Las Disposiciones contenidas en el presente Acuerdo;
- XVIII. Economía:** Es el aprovechamiento y optimización de los recursos que usen, administren o ejecuten los servidores públicos con motivo de las funciones inherentes a su empleo, cargo o comisión;
- XIX. Eficacia:** Es la capacidad que deben tener los servidores públicos para alcanzar metas y objetivos institucionales que deriven del ejercicio de su empleo, cargo o comisión;
- XX. Eficiencia:** Es la optimización de los recursos asignados a los servidores públicos para lograr los objetivos relacionados con el ejercicio de sus funciones;
- 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:** Las instituciones previstas en el artículo 49 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco;
- 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, en el ejercicio de un empleo, cargo o comisión públicos, se pueda ocasionar un daño a los intereses de una institución; incluye soborno, fraude, apropiación indebida, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, u otras formas de desviación de recursos por un servidor público, respecto de 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. Guía Administrativa:** Guía Administrativa y Diversas Disposiciones Complementarias en Materia de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco;

- XXVII. Impacto o efecto:** Las consecuencias negativas que se generarían en las Dependencias y Entidades de la APE, en el supuesto de materializarse el riesgo;
- XXVIII. Informe Anual:** El Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional;
- XXIX. Institución (es):** Las que se refieren en las fracciones XVI y XXII del presente numeral;
- XXX. 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;
- XXXI. 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;
- XXXII. 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;
- XXXIII. MOMICI:** Modelo del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco;
- XXXIV. MIR y/o Matriz de Indicadores para Resultados:** La herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Estatal de Desarrollo y sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos de las Dependencias y Entidades de la APE; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño;
- XXXV. Mejora continua:** El proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno Institucional; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica;
- XXXVI. Modelo Estándar de Control Interno:** 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;
- XXXVII. Objetivos institucionales:** Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Estatal de Desarrollo del Estado, en particular de los programas sectoriales, institucionales y especiales, según corresponda;

- XXXVIII. Órgano de Gobierno:** El cuerpo colegiado de administración de las Entidades de conformidad con los artículos 56, 57 y 58 de la Ley de Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco;
- XXXIX. Órganos Internos de Control:** Las unidades administrativas a cargo de promover, evaluar y fortalecer el buen funcionamiento del control interno en las Dependencias y Entidades de la APE;
- XL. Órgano Interno del Control del Poder Ejecutivo (OICOPE):** La Contraloría del Estado;
- XLI. Procesos administrativos:** Aquellos necesarios para la gestión interna de la institución que dan soporte a los procesos sustantivos;
- XLII. Probabilidad de ocurrencia:** La estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;
- XLIII. Procesos sustantivos:** Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la institución, es decir, con el cumplimiento de su objeto;
- XLIV. Programa presupuestario:** La categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas;
- XLV. PTAR:** El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PROTAR);
- XLVI. PTCI:** El Programa de Trabajo de Control Interno;
- XLVII. 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;
- XLVIII. 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, y con motivo del ejercicio de un empleo, cargo o comisión, se dañen los intereses de una institución, a través de la obtención de un beneficio particular o de terceros por parte de los servidores públicos; incluye soborno, fraude, apropiación indebida, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, u otras formas de desviación de recursos por un servidor público, respecto de 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;
- XLIX. Seguridad razonable:** El alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la institución serán alcanzados;
- L. Sesión (es) virtual (es):** La celebrada a través de medios electrónicos de comunicación a distancia que permiten la transmisión simultánea de voz e imagen;

- LI. 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;
- LII. 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;
- LIII. Sistema Informático:** La herramienta electrónica administrada por la CCEG para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones;
- LIV. TIC's:** Las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;
- LV. Coordinador General de Control Interno:** Servidor público de la Contraloría del Estado de Jalisco responsable promover, fortalecer y evaluar el buen funcionamiento de control interno, en el ámbito de dicha Dependencia y de la Administración Pública del Estado;
- LVI. Unidades administrativas:** Las comprendidas como tales en el reglamento interior, estatuto orgánico y/o estructura orgánica básica de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado;
- LVII. CCEG:** Comisión de Control y Evaluación Gubernamental de la Administración Pública del Estado;
- LVIII. UTIC:** La Unidad Administrativa en la institución, responsable de proveer infraestructura y servicios de TIC's.

CAPÍTULO II

Responsables de la Aplicación y Vigilancia del Control Interno

3. RESPONSABLES.

La Contraloría del Estado, por sí o a través de los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Centralizada y Paraestatal, será responsable de promover, fortalecer y evaluar el buen funcionamiento del control interno en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado.

Por su parte, los titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su

respectivo Sistema de Control Interno Institucional, tomando como referencia las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco y el Modelo del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Jalisco (MOMICI) y el presente Acuerdo.

Las autoridades previstas en este Acuerdo, diversas a las señaladas en el párrafo anterior, serán responsables de llevar a cabo las funciones que se prevén a su cargo en este Ordenamiento, en coadyuvancia a aquéllas.

Las obligaciones atribuidas en este Acuerdo a los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado, podrán ejercerse por sí o a través del titular de su respectiva área administrativa.

En la implementación, actualización y mejora del SCII, la autoridad competente identificará y clasificará 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 Dependencia o Entidad.

4. DESIGNACIÓN DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES.

El Titular de la Dependencia o Entidad designará mediante oficio dirigido al Coordinador General de Control Interno al servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno en el ámbito de su respectiva adscripción, para asistirlo en la aplicación y seguimiento del presente Acuerdo y demás normas aplicables en la materia. La designación referida, recaerá preferentemente en el titular del área administrativa de cada Dependencia o Entidad.

El Coordinador de Control Interno de cada Dependencia o Entidad designará por escrito al Enlace del SCII ante el Coordinador General de Control Interno de la Administración Pública del Estado.

El Enlace del SCII deberá brindar atención y seguimiento a la implementación y desarrollo de las normas previstas en el artículo 10 de las Normas Generales de Control Interno de la Administración Pública del Estado, con excepción de la Norma relativa a la administración de riesgos que será atendida de manera particular por el Enlace que se designe para tal efecto por el Coordinador de Control Interno de cada Dependencia o Entidad.

Los Enlaces que se designen en los supuestos referidos en este punto, deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior al del Coordinador de Control Interno de cada Dependencia o Entidad.

De los oficios de designación y sustitución de los Enlaces, se deberá marcar copia al Coordinador General de Control Interno, con el propósito de que éste

efectúe su baja o alta de las claves de acceso al sistema informático del Comité, de ser el caso. Los cambios en las designaciones anteriores se informarán de la misma forma, dentro de los 10 días hábiles posteriores a que aquéllos se efectúen.

5. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.

El Coordinador General de Control Interno por sí o a través de los Órganos Internos de Control, en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que requieran los Titulares y los demás servidores públicos de las Dependencias y Entidades 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 de la Dependencia o Entidad gestionarán a través de su respectiva UTIC la creación y asignación de cuentas de correo estandarizadas con el dominio de las mismas, y su uso quedará bajo su más estricta responsabilidad, debiendo cumplir con los siguientes elementos de identificación:

Designación	Correo electrónico estandarizado
Coordinador de Control Interno	coordinadorci@
Enlace del SCII	enlancescii@
Enlace de ARI	enlaceari@

Las cuentas de correo estandarizadas son el medio oficial de comunicación del Sistema de Control Interno Institucional respectivo; serán permanentes y transferibles a los servidores públicos que asuman cada designación; no deberán cancelarse y/o darse 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 Dependencias y Entidades que hayan realizado acciones de mejora funcionales y una sistematización integral de los procesos en materia de control interno, podrán operar de esa forma siempre que acrediten ante la Contraloría del Estado que los mismos son compatibles con lo establecido en la normatividad aplicable a la materia.

TÍTULO SEGUNDO MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I Estructura del Modelo

8. CATEGORÍAS DEL OBJETIVO DEL CONTROL INTERNO.

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

- I. **Operación:** Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos;
- II. **Información:** Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación;
- III. **Cumplimiento:** Observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones, y
- IV. **Salvaguarda:** Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

9. NORMAS GENERALES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE CONTROL INTERNO.

PRIMERA. 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 de cada Dependencia o Entidad, su respectiva 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 asumir una actitud de compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como con la prevención de faltas administrativas y actos contrarios a la integridad.

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, el ejercicio de 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 una actitud de respaldo a 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 Dependencia o Entidad.

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 Dependencia o Entidad respecto de los principios, valores y normas de conducta aplicables a la gestión pública.

Apego a las Normas de Conducta.

- 1.07** La Administración debe establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de ética y conducta de la Dependencia o Entidad y atender oportunamente cualquier desviación identificada.
- 1.08** La Administración debe utilizar los principios y valores como base para evaluar el apego a la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en cada Dependencia o Entidad.
- 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 al cumplimiento de normas aplicables en la materia

Programa, Política o Lineamiento de Promoción de la Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés.

1.10 La Administración debe articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la ética, conducta y prevención de conflictos de interés, de manera armonizada con las gestiones que al respecto dispongan tanto el Comité de Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés de su respectiva adscripción como la Unidad Especializada en Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés de la Administración Pública del Estado.

Cumplimiento, Supervisión y Actualización Continua del Programa, política o lineamiento de Promoción de la Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés.

La Administración debe asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada del programa, política o lineamiento institucional de promoción de la Ética, 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, de manera armonizada con las gestiones que al respecto dispongan tanto el Comité de Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés de su respectiva adscripción como la Unidad Especializada en Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés de la Administración Pública del Estado.

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 Dependencia o Entidad.

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

- 2.02** El Titular y, en su caso, el Órgano de Gobierno a través del área administrativa, deben vigilar las operaciones de la Dependencia o Entidad a su cargo, ofrecer orientación constructiva a la Administración y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que la institución logre sus objetivos de manera articulada con las gestiones que en la materia determine el Comité de Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés de su respectiva adscripción y la Unidad Especializada en Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés de la Administración Pública del Estado.

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 los que cuenta 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, cuando las disposiciones jurídicas y normativas aplicables lo permitan.

Supervisión General del Control Interno.

- 2.08** La Contraloría del Estado, por sí o a través de los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Centralizada y Paraestatal, de ser el caso, y con la colaboración de los Titulares de éstas últimas a través de su respectiva área administrativa, deberá supervisar, de manera general, el diseño, implementación,

operación, fortalecimiento y evaluación 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 las bases de la asunción y fortalecimiento del principio de competencia por mérito y mantener la rendición de cuentas ante el Titular o, en su caso, ante el Órgano de Gobierno y las principales partes interesadas.
- **Administración de Riesgos.** Supervisar 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.** Supervisar 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** 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.
- 2.10** La Administración debe informar al Titular o, en su caso, al Órgano de Gobierno sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas.
- 2.11** El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno es responsable a través del área administrativa de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

- 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 los principios y valores éticos 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 administrativas para que la Dependencia o Entidad de su adscripción 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 los principios y valores éticos.
- 3.03** Como parte del establecimiento de una estructura organizacional actualizada, la Administración debe considerar el modo en el 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 Responsabilidades y Delegación de Autoridad.

- 3.05** Para alcanzar los objetivos institucionales, el Titular debe asignar responsabilidades y delegar autoridad a los puestos clave de la Dependencia o Entidad.
- 3.06** La Administración debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada unidad administrativa; debe determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas; y debe establecer dichos puestos.
- 3.07** El Titular debe determinar el nivel de autoridad que 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 mismo.
 - 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 en 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 por mérito.** 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 por Mérito.

- 4.01** La Administración debe establecer expectativas de competencia por mérito 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 por mérito para los puestos clave y para el resto del personal, a través de políticas al interior del Sistema de Control Interno Institucional.
- 4.03** El personal debe poseer y mantener un nivel de competencia por mérito que le permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia y eficacia del control interno. La Administración debe evaluar la competencia por mérito del personal en toda la institución.

Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales.

- 4.04** La Administración debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes respecto del empleo, cargo o comisión que se pretenda cubrir o que ya se ejerza por dichas personas.

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 subcontratados 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 respecto de un puesto clave que se encuentre vacante.

- 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 el ejercicio de las funciones inherentes a su empleo, cargo o comisión y por el cumplimiento de sus obligaciones específicas en materia de control interno. 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 responsabilizarse de los servicios que contrate con terceros para ejercer funciones de control interno relacionadas con la Dependencia o Entidad de su adscripción.

- 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 Dependencia o Entidad de su adscripción.
- 5.06** La Administración es responsable de evaluar las responsabilidades asignadas a los servidores públicos.

SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Es el proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos inherentes o asociados a los procesos con los cuales se logra el objeto de la Dependencia o Entidad, 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 al objeto de la Dependencia o Entidad correspondiente, 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 Dependencia o Entidad.

- 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 los 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 por Faltas Administrativas y otros hechos.** Para efectos de interpretar cualquier aspecto que emane del presente Acuerdo, se deberá atender de manera primordial a lo

dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas y por la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco, por lo que ve a las faltas administrativas graves y no graves.

La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de riesgos de corrupción por faltas administrativas y otros hechos, e identificar, analizar y responder a los riesgos asociados a los mismos, principalmente respecto de los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos.

Tipos de Faltas Administrativas.

8.01 La Administración debe considerar los tipos de faltas administrativas que pueden ocurrir en la Dependencia o Entidad, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos.

8.02. Las faltas administrativas graves y no graves de los servidores públicos son aquellas que con tal naturaleza se encuentran previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y en la Ley de Responsabilidades Políticas y Administrativas del Estado de Jalisco.

8.03 Aunado a lo anterior, la Administración debe considerar factores de riesgos de corrupción por abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores, aunque no implican necesariamente la existencia de una falta administrativa o acto de corrupción por sí mismos, están usualmente presentes cuando éstos ocurren.

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 a fin de posibilitar la implementación de controles anticorrupción en la Dependencia o Entidad de su adscripción. 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 los valores éticos. Cada actividad de control que se aplique, debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

Todos los servidores públicos de las Dependencias y Entidades deben conocer y llevar a cabo las tareas de control concernientes su empleo, cargo o comisión. Para la aplicación de esta norma, el Titular, la Administración, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los 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 Apropriadas.

- 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 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, determinándose en este caso las acciones para su corrección.

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 Dependencia o Entidad.

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 mitigue 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, entre otras.
- 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 la corrupción, el desperdicio y los 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.
- 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 Dependencia o Entidad de su adscripción 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 Apropriadas.

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 de 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 las mismas. 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 mismas. 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.

- 11.10.** La Administración deberá gestionar el diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's, de acuerdo con los recursos técnicos, humanos y presupuestales con los que cuente la Dependencia o Entidad de su adscripción.

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 las 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 de información.
- 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.
- 11.14.** La Administración deberá diseñar las actividades de control para la gestión de la seguridad sobre los sistemas de información, de acuerdo con los recursos técnicos, humanos y presupuestales con que cuente la Dependencia o Entidad de su adscripción.

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.
- 11.17.** La Administración deberá diseñar las actividades de control para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's, de acuerdo con los recursos técnicos, humanos y presupuestales con que cuente la Dependencia o Entidad de su adscripción.

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 u otros documentos de naturaleza similar, las responsabilidades de control interno en la Dependencia o Entidad de su adscripción.
- 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 Dependencia o Entidad.

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 Dependencia o Entidad respectiva, 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 Dependencia o Entidad de su adscripción.
- 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 Dependencia o Entidad de su adscripción.
- 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 faltas administrativas y apoyo al control interno.

- 14.03** La Administración debe recibir información de calidad sobre los procesos operativos de la Dependencia o Entidad de su adscripción, 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, así como las mejores prácticas internacionales, pueden requerir que las Dependencias o Entidades establezcan líneas de comunicación separadas, como líneas éticas de denuncia, para la comunicación de información confidencial o sensible, entre otras.

Métodos Apropriados 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 y el costo para comunicar la información.
- 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 Dependencia o Entidad de su adscripción para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar internamente información de calidad, de manera oportuna.

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 Externa.

- 15.01** La Administración debe comunicar externamente 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, entre otras. 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 Apropriados 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 Dependencia o Entidad de su adscripción para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.
- 15.08** Las Dependencias y Entidades 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 Dependencia o Entidad de su adscripción, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno, mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la Administración en cada uno de los procesos que realiza, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías realizadas por el Órgano Interno de Control y por otras instancias fiscalizadoras, ya que proporcionan una supervisión adicional a nivel institución, 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, realiza los cambios necesarios para reducirlas, ajustando el diseño del control interno para enfrentar de mejor manera 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 Dependencia o Entidad de su adscripción, 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 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 las Dependencias o Entidades 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 Dependencia o Entidad correspondiente.

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 y comunicarlos 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. De acuerdo con 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. De acuerdo con la naturaleza de la deficiencia, el Titular o la Administración, o el Órgano de Gobierno, en su caso, deben revisar su pronta corrección, 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.

Es responsabilidad de la Contraloría del Estado, como Órgano Interno de Control del Poder Ejecutivo llevar a cabo la promoción, fortalecimiento y evaluación del buen funcionamiento del control interno en las Dependencias y Entidades, a través de la Dirección General de Verificación y Control de Obra, o de los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Centralizada y Paraestatal.

Los titulares de las Dependencias y Entidades, o en su caso el Órgano de Gobierno en las Entidades, por conducto de su respectiva área administrativa y demás autoridades previstas en este Acuerdo, serán responsables de la implementación, operación y seguimiento del Sistema de Control Interno Institucional de su respectiva adscripción.

I. FUNCIONES 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 que se encuentren en el ámbito de sus atribuciones; 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 DEPENDENCIA O ENTIDAD:

- a) Determinar las metas y objetivos de la Dependencia o Entidad de su adscripción 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 para la Administración Pública del Estado de Jalisco, 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 que 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 GENERAL DE CONTROL INTERNO EN EL ÁMBITO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO Y DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES:

Del Coordinador General de Control Interno

- a) El titular de la Dirección General de Verificación y Control de Obra de la Contraloría del Estado, será responsable de dirigir y coordinar en el ámbito de la Administración Pública del Estado, las acciones relativas a la promoción, fortalecimiento y evaluación del buen funcionamiento del control interno y de determinar las directrices, lineamientos, programas, y cualquier otra gestión o acción que se requiera en la materia, sin perjuicio de que dichas facultades puedan ejercerse de manera directa por el titular de la Dependencia de su adscripción.
- b) En dicha gestión podrá auxiliarse de la persona que designe como Enlace del SCII.
- c) El Coordinador General de Control Interno será responsable de vigilar la implementación, operación y seguimiento de los Sistemas de Control Interno Institucional de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado; y de las funciones que correspondan a los Coordinadores de Control Interno de dichos entes públicos.

El Coordinador General de Control Interno, tendrá también las funciones que corresponden al Coordinador de Control Interno de la Contraloría del Estado.

Del Coordinador de Control Interno de las Dependencias y Entidades:

En materia de fortalecimiento de control interno, atribuciones:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Dependencia o Entidad de su adscripción, con el Coordinador General del Control Interno, con las Unidades Administrativas Especializadas de su adscripción, entre otras autoridades, respecto a la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;
- b) Acordar con el Titular de la Dependencia o Entidad de su adscripción las acciones para la implementación y operación del Modelo Estándar de Control Interno;
- c) Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Dependencia o Entidad de su adscripción; y
- d) Revisar 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 Administración de Riesgos:

- a) Acordar con el Titular de la Dependencia o Entidad de su adscripción 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;

- b)** 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 el presente Acuerdo, se deberá informar por escrito al Coordinador General de Control Interno;
- c)** Designar al Enlace de Administración de Riesgos de la Dependencia o Entidad de su respectiva adscripción;
- d)** Gestionar ante los titulares de las unidades administrativas de la Dependencia o Entidad de su respectiva adscripción, la designación de las personas que deban integrar el Comité de Administración de Riesgos;
- e)** Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en el presente Acuerdo y ser el canal de comunicación e interacción con el Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos;
- f)** Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos;
- g)** Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos;
- h)** Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos la Matriz y el Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos;
- i)** 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;
- j)** 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; y
- k)** Verificar que se registren en el Sistema Informático los reportes de avances trimestrales del PTAR.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional y Desempeño Institucional, tiene las siguientes funciones:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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 correspondiente, a más tardar 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

V. DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

El Enlace de Administración de Riesgos, tiene las siguientes funciones:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Dependencia o Entidad en materia 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, de acuerdo con el formato de Matriz de Administración de Riesgos que se determine para tal efecto;
- c) 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 Dependencia o Entidad de su adscripción, así como los determinados por el Grupo de Trabajo

de Administración de Riesgos o el Órgano de Gobierno, según corresponda; y

- h) Incorporar en el Sistema Informático, en su caso, 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.

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 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 Dependencia o Entidad 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 macro proceso, 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 con 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) Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

La Dependencia o Entidad respectiva deberá elaborar y remitir a la Contraloría del Estado, en el mes de noviembre de cada año, una matriz en la que señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SCII, pudiéndose 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 Dependencia o Entidad conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales;
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;

3. La Dependencia o Entidad cuenta con un Comité de Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés formalmente establecido para difundir y vigilar el cumplimiento del Código de Ética y Conducta de los Servidores Públicos de la Administración Pública del Estado de Jalisco y demás normatividad aplicable en la materia;
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;
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;
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.

9. Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control;
10. Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas son ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad aplicable;
11. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos; y
12. Se instrumentan en los procesos acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL.

13. Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC's;
14. Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;
15. Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales;
16. Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;
17. Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia;
18. Se identifica en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención;
19. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;
20. Las recomendaciones y acuerdos de los Grupos de Trabajo relacionados con cada componente, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;
21. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;
22. Se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC's en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren;
23. En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's; y
24. Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital Nacional en los procesos de gobernanza, organización y de entrega, relacionados con la planeación, contratación y administración de bienes y servicios de TIC's y con la seguridad de la información.

CUARTA. INFORMAR Y COMUNICAR.

25. Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente,

oportuna, válida y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;

26. Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;
27. Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable, información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso;
28. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Órgano de Gobierno, de Grupos de Trabajo de los componentes de control interno y de los grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;
29. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de denuncias; y
30. Se cuenta con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección y, en su caso, al Órgano de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones.

QUINTA. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

31. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de control interno;
32. Los resultados de las auditorías se utilizan para retroalimentar a los responsables de los procesos para su fortalecimiento; y
33. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte del Titular y la Administración, del Órgano Interno de Control 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 sustantivos y administrativos prioritarios seleccionados, 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 Contraloría del Estado 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 la normatividad aplicable en la materia.

El Órgano Interno de Control podrá recomendar la incorporación de elementos de control adicionales en virtud de las deficiencias que llegará a identificar en el SCII, sin embargo, será 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 Coordinador General de Control Interno, con copia al Titular del Órgano Interno de Control de la Dependencia o Entidad, de ser el caso, 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 PTCl del ejercicio inmediato anterior.
- III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCl.

La evaluación del SCII y el PTCl 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 Contraloría del Estado podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al 31 de enero de cada año, en caso de que exista alguna causa justificada que origine dicha necesidad.

Sección III

Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno

16. INTEGRACIÓN DEL PTCl Y ACCIONES DE MEJORA.

El PTCl 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 PTCl deberá presentar la firma de autorización del Titular de la Dependencia o Entidad respectiva, 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 COCODI 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 Interno de Control de la Dependencia o Entidad, de ser el caso, o de la Contraloría del Estado, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCI al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Dependencia o Entidad. El PTCI actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la segunda sesión ordinaria del COCODI para su conocimiento y posterior seguimiento.

18. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRALES DEL PTCI.

- I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora contenidas en el PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno a través del Reporte de Avances Trimestral, al Titular de la Dependencia o Entidad, 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:

- a) Al Titular del Órgano Estatal de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación, y
- b) Al Comité u Órgano de Gobierno, 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 INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

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

- I. 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 Interno de Control al Informe Anual y PTCI.

20. INFORME DE RESULTADOS.

El Titular del Órgano Interno de Control 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 Coordinador General del Control Interno Institucional, 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 Interno de Control 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;
y
- IV. Conclusiones y recomendaciones.

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 Interno de Control, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste el presente Acuerdo.

TÍTULO TERCERO
METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
CAPÍTULO I
Proceso de Administración de Riesgos

22. INICIO DEL PROCESO.

El proceso de administración de riesgos reiniciará de manera cíclica 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 Interno de Control, 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.

Esta etapa 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, y
- 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.
- c) Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción.

Lo anterior debe tener como propósito:

- 1. 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;
- 2. Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y
- 3. 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.

Esta etapa, 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.
- f) **Identificación de los posibles efectos de los riesgos.** Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, en caso de materializarse el riesgo identificado;
- g) **Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial).** La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, 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,
9		

		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.
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:

Esca la de Valor	Probabilid ad de Ocurrenci a	Descripción
10	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia muy alta.
9		Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%.
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta.
7		Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media.
5		Está entre 51% a 74% la seguridad de que se

		materialice el riesgo.
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja.
3		Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja.
1		Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.

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, y
 - Es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.
 2. **Suficiencia:** Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.
- e) Determinar si el riesgo está controlado suficientemente, cuando todos sus factores cuentan con controles suficientes.

V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo.

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

- a) La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;
- b) Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;
- c) Si algunos 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 si 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 para 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.

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.

26. SERVICIOS SUB CONTRATADOS.

La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios sub contratados para realizar algunos procesos operativos para la institución, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; 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 sub contratados 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, 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 revisarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos; debiéndose reportar su resultado trimestralmente al Titular de la Institución, 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; 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:

- a) Al Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y
- b) Al Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda, 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 INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

El Titular del Órgano Interno de Control presentará su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, conforme a lo siguiente:

- 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, 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 CCEG pondrá a disposición de las Instituciones una herramienta informática, que contemple tanto los riesgos generales como los de corrupción.

TÍTULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL INTERNO 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, incluyendo a la Contraloría del Estado, 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. Determinar, 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;
- III. 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;
- IV. 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;
- V. Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las unidades administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;
- VI. 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;
- VII. 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;

- VIII. 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.
- IX. 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;
- X. 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;
- XI. 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;
- XII. 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;
- XIII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución;
- XIV. 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 entidades, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones.

CAPÍTULO II

De la Integración del Comité

33. DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.

Todas las Instituciones constituirán un Comité, que será encabezado por su Titular y el Titular del Órgano Interno de Control; 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:** El Coordinador de Control Interno
- III. **Vocales:**
 - a) **En las Dependencias:**
 - 1. El Titular del área de programación y presupuesto o equivalente; y falta de éstas, el Titular del área Administrativa;

2. El Titular del área de finanzas;
3. El Titular del área jurídica o equivalente; 71
4. El Titular del área de tecnologías de Información o equivalente; y
5. El Titular del Órgano Interno de Control; (cuando no participe como presidente suplente).

b) En las Entidades:

1. Entidades 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 o de informática de la entidad, en caso de no contar con esta figura, un representante del área de tecnologías de la Información o equivalente de la coordinadora sectorial; y
- d) El Titular del Órgano Interno de Control.

2. Entidades No Sectorizadas:

- a) El Titular del área responsable de programación y presupuesto o equivalente o falta de ambas del Titular del área administrativa;
 - b) El Titular del área jurídica o equivalente;
 - c) El Titular del área de tecnologías de la Información o de informática de la entidad o equivalente; y en caso de no contar con esta figura, un representante del área de tecnologías de la información o equivalente de su coordinadora sectorial;
 - d) El Titular del Órgano Interno de Control; y
 - e) El Titular del área de Finanzas.
- IV. Los invitados que se estime necesario, cuando se discuta algún punto que sea de interés del pleno del comité.

34. DE LOS INVITADOS.

Se podrán incorporar al Comité como invitados:

- a) Los responsables de las áreas de la Institución que conozcan de la materia 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 auditor externo;
- e) El Titular del órgano administrativo desconcentrado, en las sesiones del Comité de la dependencia a la que se encuentra jerárquicamente subordinado, en caso de que los temas a que se refieren las presentes Disposiciones sean tratados en el COCODI de dicha dependencia.
- f) El representante de la CCEG, y
- g) Los Enlaces del Sistema de Control Interno, de Administración de Riesgos.

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.

El invitado representante de la CCEG deberá ser convocado invariablemente a las sesiones del Comité, su designación será comunicada por escrito al Vocal Ejecutivo.

35. DE LOS SUPLENTE.

Los miembros propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquéllos.

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

36. 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 PTCl, así como su reprogramación o replanteamiento;
 - c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados del Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación del Informe Anual, y
 - d) La 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 Interno de Control de la Institución 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, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras;
- VI.** Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la Institución, que elaboren los Comisarios para las Entidades de la APE, 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.

37. 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;
- V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, conforme a lo siguiente:
Al Órgano de Gobierno de las Entidades, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración 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.

38. DE LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS.

Corresponderá a 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;
- V. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
- VI. Analizar la carpeta de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos.

39. 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 el Enlace de administración de riesgos, los riesgos de atención inmediata;
- 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;
- VIII. Verificar la integración de la carpeta por parte del Enlace del Comité, respecto de la información que compete a las unidades administrativas de la Institución.

40. DE LAS FUNCIONES DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA.

Son funciones de la Contraloría del Estado por sí o a través del Comisario Público de las Entidades de la APE:

- 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.

CAPÍTULO IV

Políticas de Operación

Sección I.

De las sesiones.

41. 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, 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 las Entidades, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del órgano de gobierno, Comisiones Internas de Administración o equivalente, según corresponda.

42. 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.

43. 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.

Las Entidades deberán programar sus sesiones, cuando menos con 15 días de anticipación a la celebración de las correspondientes a su Órgano de Gobierno, Junta de administración o equivalente, según corresponda.

44. 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 la firma autógrafa de los integrantes del Comité en el acta.

45. 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

46. 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, 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 Interno de Control 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 del OICAPE, cuando existan o se anticipen posibles incumplimientos normativos, 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.
- 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. Tomándose en consideración que la materialización de este supuesto pudiera representar un riesgo financiero para la institución e incidir de manera importante en su flujo de efectivo y ejercicio presupuestal, respecto de los pasivos laborales y los correspondientes a juicios jurídico-contenciosos, se deberán señalar las estrategias procesales para su atención, su avance y los abogados externos, que en su caso, se contraten para su atención.
- d) **Plan Institucional de Tecnologías de Información.** Informar, en su caso, de manera ejecutiva las dificultades o situaciones que causan problemas para su cumplimiento y las acciones de solución emprendidas, en el marco de lo establecido en esa materia por la Secretaría.

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

VIII. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:

- a) Informe Anual, PTCl e Informe de resultados del Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación al Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
- b) Reporte de Avances Trimestral del PTCl. 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.

IX. 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.

X. Seguimiento al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno.

XI. 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.

XII. 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

47. 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.

80

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.

48. 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.

49 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 Entidades.

50. 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**

51. 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 Comisarios Públicos según corresponda, Los invitados de la Institución que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

52. 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 dentro de los siete 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 se recabarán 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

53. 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.

54. DEL ACCESO AL SISTEMA INFORMÁTICO.

Tendrán acceso al Sistema Informático, el Coordinador General del Control Interno, los miembros del Comité, el representante de la CCEP, y Comisario Público y sus Suplentes, el Coordinador de Control Interno, los enlaces del SCII, de Administración de Riesgos, del Comité, el auditor externo y el Órgano Interno de Control.

55. 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 CCEG.

56. Las Disposiciones y procedimientos contenidos en la Guía a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse, cuando menos una vez al año por la Contraloría del Estado, para efectos de su actualización de resultar procedente.

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

82

58. La Contraloría del Estado será competente para promover, fortalecer y evaluar el buen funcionamiento del Control Interno a través del Titular de la Dirección General de Verificación y Control de Obra, quien fungirá como Coordinador General de Control Interno Institucional, en el ámbito de la Administración Pública del Estado, así como de la Contraloría del Estado, en su ámbito interno.

SEGUNDO. Se determinan las actividades relativas a los procedimientos establecidos en la Guía Administrativa, al tenor de los siguientes diagramas de flujo:

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
4.	Responsables de las Unidades Administrativas / Procesos	Reciben requerimiento para realizar la evaluación del SCII por procesos prioritarios, aplican evaluación, revisan propuestas de acciones de mejora y envían resultados al Enlace del SCII.	Evaluación por procesos prioritarios	Numeral 21, fracción IV
5.	Enlace del SCII	Recibe evaluaciones y consolida los procesos prioritarios y envía la información de dichas evaluaciones.	Evaluación consolidada de los procesos prioritarios	Numeral 10, fracción IV, incisos c) y d)

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
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 del OEC, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, con copia al Órgano Interno de Control, 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
12.	Titular del Órgano Interno de Control	Conoce el Informe Anual y PTCI, y realiza su evaluación.	Informe Anual, y PTCI e Informe de Resultados	Numeral 20
13.	Titular del Órgano Interno de Control	Remite el Informe de Resultados al Titular de la Institución, al Titular del OEC 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	Oficio con Informe de	Numerales 20

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
		opinión del Titular del Órgano Interno de Control, lo valora y, en su caso, instruye al Coordinador de Control Interno la actualización del PTCI.	Resultados	
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
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	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 II
19.	Coordinador de Control Interno	Recibe y firma el Reporte de Avances Trimestral del PTCI y lo presenta al Titular del Órgano Interno de Control, 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 Interno de Control	Recibe Reporte de Avances Trimestral del PTCI, y resultados de las acciones comprometidas y efectúa su	Informe de evaluación del Órgano Interno de Control, al Reporte de Avances	Numerales 18, fracción II, inciso a); y 19

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
		evaluación.	Trimestral	
21.	Titular del Órgano Interno de Control	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 PTCl 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

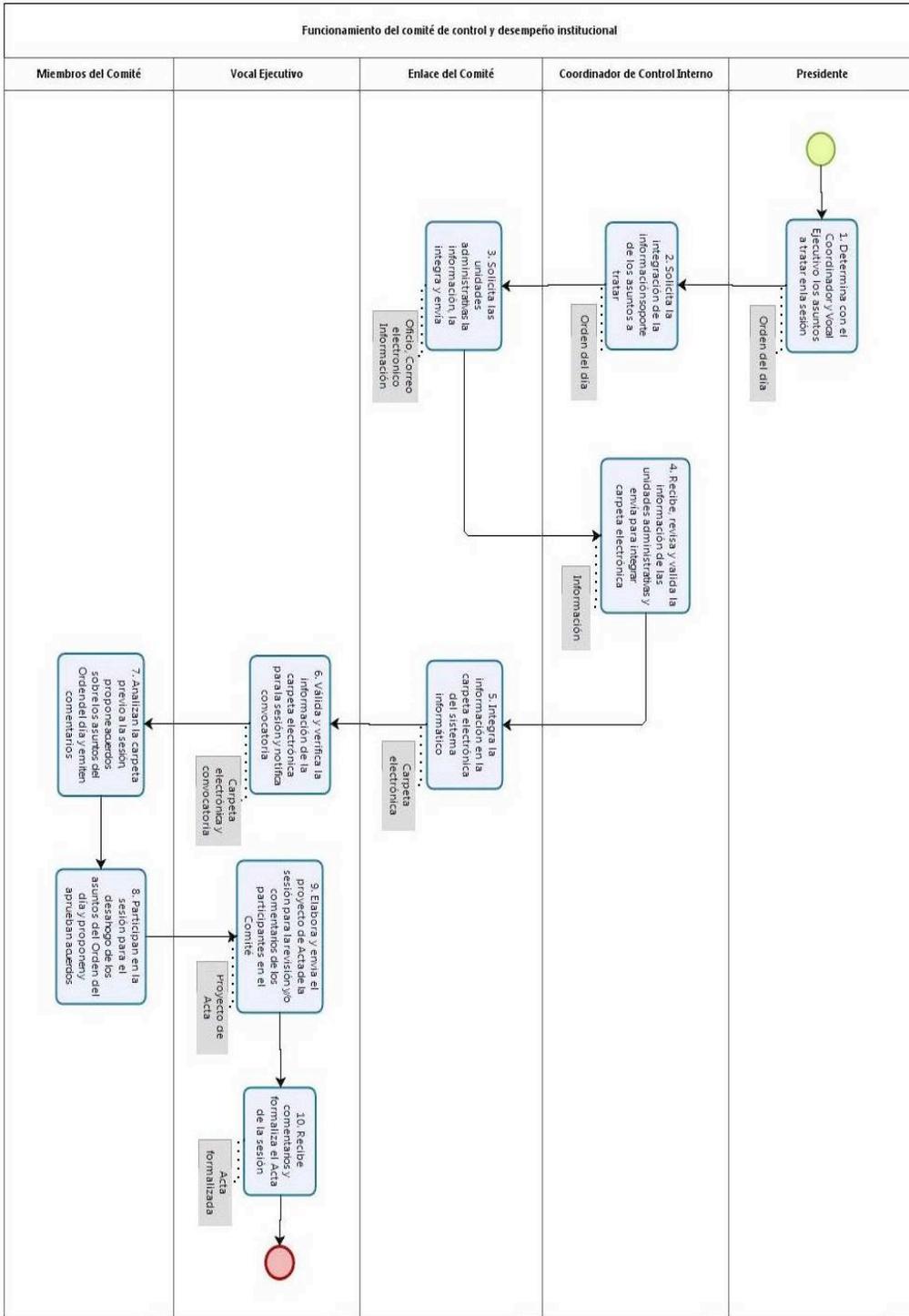
No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	Titular de la Institución	Instruye a las Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos iniciar el proceso de administración de riesgos.	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, 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.
5	Enlace de Administración de Riesgos	Revisa y analiza la información proporcionada por las Unidades	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración	Numeral 10, fracción V, inciso d)

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
		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.	ión de Riesgos	
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	Titular de la Administración	Autoriza la matriz de riesgos institucionales y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Coordinador de Control Interno.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 10, fracción II
8	Coordinador de Control Interno	Comunica a las Unidades Administrativas el mapa y matriz de administración de riesgos autorizada.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 10, fracción III, inciso e)
9	Enlace de Administración de Riesgos	Elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos Institucional. *PTAR	Proyecto del *PTAR	Numeral 10, fracción V, inciso d)
10	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)
11	Titular de la Institución	Anualmente autoriza el 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	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR	Numeral 10, fracción II.

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
		Administración de Riesgos.		
12	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)
13	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
14	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	Numeral 10, fracción V, inciso f); y numeral 28
15	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, los firma	Reporte de Avances Trimestral del PTAR Reporte Anual de	Numeral 10, fracción III, incisos j y k)

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
		conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos y los presenta para autorización y firma del Titular de la Institución.	Comportamiento de los Riesgos	
16	Titular de la Institución	Revisa, autoriza y firma el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, los firma conjuntamente con el Coordinador de Control Interno.	Reporte de Avances Trimestral del PTAR Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos	Numeral 10, fracción II.
17	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)
18	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)
19	Coordinador de Control	Comunica al Enlace de Administración de	Oficio/Correo	Numeral 10, fracción III,

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
	Interno	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 Organo de Gobierno, según corresponda.	electrónico Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR actualizados	inciso m)
20	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 Organo de Gobierno, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR	Numeral 10, fracción V, inciso g)
21	Unidades Administrativas	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 Organo de Gobierno, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR	Numeral 10, fracción I



No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	Presidente del Comité	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; 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,
3	Enlace del Comité	Solicita a las unidades administrativas responsables la información para integrar la carpeta electrónica.	Oficio/Correo electrónico Información	Numeral 10, fracción VI
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,
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,
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	Carpeta electrónica Convocatoria (Oficio/Correo electrónico)	Numeral 39, fracción IV

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
		Comité.		
7	Miembros del Comité	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 38, fracciones I, II, VI, y VI
8	Miembros del Comité	Participan en la sesión para el desahogo de los asuntos específicos de la Orden del Día, proponen y aprueban acuerdos, y las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.	Reunión presencial	Numeral 38
9	Vocal Ejecutivo	Elabora y envía proyecto de 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.	Proyecto de Acta.	Numeral 39, fracción VII; y 52.
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.	Numeral 39, fracción VII; y 52.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial *“El Estado de Jalisco”*.

SEGUNDO. La Contraloría del Estado pondrá a disposición de las instituciones mencionadas las nuevas herramientas informáticas que se desarrollen para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos de Modelo Estándar de Control Interno, de Administración de Riesgos y del Comité.

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

CUARTO. Las obligaciones a cargo de los Órganos Internos de Control en las Dependencias y Entidades de la APE, se entienden a cargo de las áreas que conforme a la normatividad aplicable vienen haciendo sus veces, hasta en tanto se instituyen formalmente dichos Órganos y se nombran a sus Titulares.

QUINTO. Para la integración del Comité de Administración de Riesgos de la Contraloría del Estado, el titular cada Dirección General designará a un Enlace, ante el Coordinador General del Control Interno Institucional de la Contraloría del Estado, dentro de los 15 días naturales contados a partir de la fecha de la publicación del presente Acuerdo. La instalación de dicha instancia deberá realizarse dentro de los quince días naturales siguientes a la fecha de su integración.

SEXTO. Se determina como fecha de entrada en operación de las Unidades Especializadas denominadas Comités de Administración de Riesgos de la Contraloría del Estado, la relativa a la fecha de su instalación.

SÉPTIMO. Dentro de los 90 días siguientes a la publicación del presente Acuerdo, los Comités de Control Institucional y de los de Administración de Riesgos de las diversas Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado, elaborarán su lineamiento de operación y funcionamiento.

OCTAVO. Las obligaciones que irroga el presente acuerdo, relativas al Sistema informático y/o capeta electrónica; entran en vigor, hasta en tanto se desarrolle

98

y entregue formalmente el mismo, a la Contraloría del Estado y/o al Coordinador General de Control Interno.

NOVENO. Se derogan todas las disposiciones que contraríen el presente Acuerdo.

Así lo acordó la **Lic. María Teresa Brito Serrano**, Contralora del Estado, ante los Titulares de las Direcciones Generales que le asisten en el presente Acuerdo.

Atentamente
**“2018, Centenario de la Creación del Municipio de Puerto Vallarta y del
XXX Aniversario del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara”**

LIC. MARÍA TERESA BRITO SERRANO

Contralora del Estado de Jalisco
(RÚBRICA)

MTRO. LUIS ENRIQUE BARBOZA NIÑO

Director General de Verificación y Control de Obra
(RÚBRICA)

MTRO. ARTURO CÉSAR LEYVA GONZÁLEZ

Director General Jurídico
(RÚBRICA)

MTRA. LEVELDINA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

Directora General de Promoción y Seguimiento al Combate a la Corrupción
(RÚBRICA)