

# PODER EJECUTIVO

## SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA

**ALFONSO CHAVEZ FIERRO**, Secretario de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, en ejercicio de las atribuciones que me confieren los artículos 23, fracciones I, II, IV y XIX de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, y 7 fracción I del Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, y

### CONSIDERANDO

1. La Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, cuenta con atribuciones para organizar y coordinar el Sistema de Control Interno y la evaluación de la gestión gubernamental, expedir las normas que regulen los instrumentos y procedimientos de control interno del Poder Ejecutivo del Estado y Entidades, vigilar el cumplimiento de las normas de control interno y fiscalización, así como asesorar y apoyar a los órganos internos de control de las dependencias y entidades paraestatales del Poder Ejecutivo y Coordinar, y supervisar el Sistema de Control Interno.
2. El Plan Estatal de Desarrollo Querétaro 2016-2021, en su eje rector "Querétaro con Buen Gobierno" considera en sus estrategias el "Fortalecimiento de una gestión transparente y que rinda cuentas en el Estado de Querétaro", así como el "Fomento de la eficiencia gubernamental en el Estado de Querétaro", a través de líneas de acción destinadas a "Modernizar los mecanismos de rendición de cuentas de la Administración Pública Estatal", "Fomentar una gestión del desempeño orientada a resultados en las instancias de Gobierno" y "Actualizar el marco normativo del Estado".
3. Con el objetivo de mejorar la gestión pública gubernamental en la Administración Pública Estatal, se pretende transformar el funcionamiento de las dependencias y entidades paraestatales del Poder Ejecutivo del Estado, a través de la mejora en la prestación de bienes y servicios a la población, el incremento en la eficiencia de su operación mediante la simplificación de sus procesos y normas; el mejor aprovechamiento de los recursos, la eficiencia de los procesos vinculados a las contrataciones que realiza el Estado; así como el aumento en la calidad del desempeño de los servidores públicos.
4. Bajo el marco del Acuerdo de Coordinación que celebró por una parte el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de la Función Pública, y por la otra, el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Querétaro de Arteaga, cuyo objeto es la realización de un programa de coordinación especial denominado "Fortalecimiento del Sistema Estatal de Control y Evaluación de la Gestión Pública, y Colaboración en Materia de Transparencia y Combate a la Corrupción", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de Octubre del 2007, se estableció un programa de trabajo, para optimizar la gestión pública estatal, a través del fortalecimiento de control interno, se emitieron las Normas de Control Interno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro.
5. Derivado de los acuerdos adoptados dentro de la Comisión Permanente de Contralores Estados – Federación, las Contralorías de los estados, con rectoría de la Secretaría de la Función Pública, han asumido el compromiso de impulsar la implementación del Modelo Estatal de Marco Integrado de Control Interno (MEMICI) en las entidades federativas, en el marco del Sistema Nacional Anticorrupción (SNA) y del Sistema Nacional de Fiscalización (SNF).
6. Es necesario que la presente Administración Pública Estatal cuente con un instrumento normativo con las principales técnicas, procesos y procedimientos en materia de control interno, promueva la consecución de sus metas, objetivos, una eficiente administración de riesgos, y su seguimiento a través de un Comité de Control y Desempeño Institucional, constituido como un órgano colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas en esta área, se reduzcan la probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad y aseguren el comportamiento ético de los servidores públicos, considerando la integración de las tecnologías de información en el control interno y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental, lo que redundará en el mejoramiento de las políticas y normas de aplicación general y en consecuencia en la eficiencia de la gestión pública estatal.

Con base en lo expuesto, tengo a bien expedir:

**PRIMERO.- Se emite el: ACUERDO QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO, PARA LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE QUERÉTARO**

**TÍTULO PRIMERO  
DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO I  
Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones**

**Artículo 1. BASES DE REFERENCIA, OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

El presente acuerdo tiene por objeto establecer las disposiciones en materia de control interno, que los sujetos obligados del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro deberán observar, con el fin de implementar los mecanismos necesarios que contribuyan a:

- I. Prevenir los riesgos que afecten el logro de sus metas y objetivos;
- II. Promover la eficiencia de sus operaciones que encaminadas a alcanzar su misión, se realicen bajo el principio de transparencia en el ejercicio de la función pública;
- III. Garantizar la confiabilidad, integridad y oportunidad de la información que generen como resultado del ejercicio de sus atribuciones; y
- IV. Fortalecer el cumplimiento de leyes y disposiciones normativas.

Los Titulares, en su caso, el Órgano de Gobierno y los demás servidores públicos de las Instituciones que integran la Administración Pública Estatal, en adelante, las Instituciones, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno del Sistema Nacional de Fiscalización y como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes a operación, información, cumplimiento y salvaguarda.

**Artículo 2. DEFINICIONES.**

Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

- I. **Acción de control:** las actividades determinadas e implantadas por los Titulares y demás servidores públicos de las Instituciones, para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;
- II. **Acción de mejora:** las actividades determinadas e implantadas por los Titulares de las Instituciones y demás servidores públicos de las Instituciones para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;
- III. **Administración:** los servidores públicos de mandos superiores y medios diferentes al Titular de la Institución;
- IV. **Administración de riesgos:** el proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la Institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;
- V. **APE:** Administración Pública Estatal;
- VI. **Área de oportunidad:** la situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;

- VII. **Autocontrol:** la implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos institucionales;
- VIII. **Carpeta electrónica:** la aplicación informática que contiene la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité;
- IX. **Comité o COCODI:** el Comité de Control y Desempeño Institucional;
- X. **Competencia profesional:** la cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación y experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de los individuos para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades;
- XI. **Control correctivo:** el mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones;
- XII. **Control detectivo:** el mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;
- XIII. **Control Interno:** el proceso efectuado por el Titular de la Institución, la Administración, en su caso el Órgano de Gobierno, y los demás servidores públicos de una Institución, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a su integridad;
- 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 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, de los órganos de fiscalización;
- XVI. **Dependencias:** Institución pública subordinada al Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, de conformidad a lo dispuesto en sus Ley Orgánica;
- XVII. **DPE:** Dirección de Prevención y Evaluación de la Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;
- XVIII. **Disposiciones:** las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno;
- XIX. **Economía:** los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida;
- XX. **Eficacia:** el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;
- XXI. **Eficiencia:** el logro de objetivos y metas institucionales programadas con la misma o menor cantidad de recursos;
- XXII. **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;
- XXIII. **Entidades Paraestatales:** Las previstas en la Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro
- XXIV. **Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional:** el proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen las normas generales de control interno y sus principios, así como los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías;
- XXV. **Factor de riesgo:** la circunstancia, causa o situación interna o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;
- XXVI. **Gestión de riesgos de corrupción:** Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, y que el uso indebido de recursos y de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses

- de una Institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros; incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas, en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos;
- XXVII. **Impacto o efecto:** las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, 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 XXIII del presente numeral;
- XXX. **Líneas de reporte:** las líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la institución 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 su 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. **Mejora continua:** al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica;
- XXXIV. **MEMICI:** Modelo Estatal del Marco Integral de Control Interno aplicable a los tres órdenes de Gobierno del Estado Mexicano;
- XXXV. **MIR:** Matriz de Indicadores para Resultados, herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Estatal de Desarrollo y sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos de las dependencias y entidades; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño;
- XXXVI. **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 metas específicas que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Estatal de Desarrollo;
- XXXVIII. **OIC:** Órgano Interno de Control de las dependencias y entidades paraestatales del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;
- XXXIX. **Oportunidad:** La formulación y entrega de la información en el tiempo requerido para su uso;
- XL. **Órgano de Gobierno:** El cuerpo colegiado de la administración de las entidades paraestatales encargado de garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales;
- XLI. **PEEQ:** Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;
- XLII. **Probabilidad de ocurrencia:** la estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;
- XLIII. **Procesos administrativos:** aquellos necesarios para la gestión interna de la Institución, que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya que dan soporte a los procesos sustantivos;
- XLIV. **Procesos sustantivos / Prioritarios:** aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la Institución, es decir, con el cumplimiento de su misión;
- XLV. **Programa presupuestario:** la categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos públicos para el cumplimiento de objetivos y metas institucionales;
- XLVI. **PTAR:** el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;
- XLVII. **PTCI:** el Programa de Trabajo de Control Interno;
- XLVIII. **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;
- XLIX. **Riesgo de corrupción:** la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder o el uso indebido de recursos o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de una Institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros;

- L. **SECON:** Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;
- LI. **Seguridad razonable:** el alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la Institución serán alcanzados;
- LII. **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;
- LIII. **Sistema de información:** el conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan datos para apoyar la toma de decisiones y el control de la Institución;
- LIV. **Sistema informático:** la herramienta electrónica administrada por la DPE para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones;
- LV. **Sujetos obligados:** las Dependencias, Entidades Paraestatales, Órganos Desconcentrados del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;
- LVI. **TIC's:** las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;
- LVII. **Secretario:** Titular de la Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;
- LVIII. **Unidades administrativas:** las comprendidas como tales en el reglamento interior, estatuto orgánico o estructura orgánica básica de una Institución, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente; y
- LIX. **UTIC:** la Unidad Administrativa en la Institución, responsable de proveer infraestructura y servicios de TIC's.

## CAPÍTULO II Responsables de su Aplicación y Vigilancia

### Artículo 3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

Es responsabilidad del Órgano de Gobierno, los Titulares y servidores públicos de las Instituciones que integran la Administración Pública Estatal de Querétaro, establecer y actualizar el SCII, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; además de instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de las presentes Disposiciones.

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

### Artículo 4. DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACE.

El Titular de la Institución, mediante oficio dirigido al Secretario, designará a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior, como Coordinador de Control Interno, para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones.

El Coordinador de Control Interno designará a un Enlace del SCII, mediante oficio dirigido al Titular de la DPE, para cada uno de los procesos contemplados en este instrumento, quienes deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste; se podrá nombrar a un servidor público como Enlace del SCII en más de un proceso.

### Artículo 5. VIGILANCIA Y ASESORÍA.

La SECON por sí o a través, de la DPE o los OIC, conforme a sus respectivas atribuciones, serán responsables de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las Disposiciones; adicionalmente en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de las Instituciones en la implementación y seguimiento de su SCII.

### **CAPÍTULO III Promoción y Comunicación**

#### **Artículo 6. USO DE TIC'S**

Los Titulares de las Instituciones deberán promover que la Administración diseñe los sistemas de información institucional y las actividades de control asociadas, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.

Los sistemas informáticos existentes y los que se desarrollen para sistematizar los procedimientos de trabajo a los que se refieren estas Disposiciones, deberán asegurar la información con otras aplicaciones de TIC's.

La SECON debe propiciar la implementación de sistemas Informáticos de Información, mediante la adopción de políticas públicas que coadyuven a mejorar los procesos administrativos gubernamentales y fortalezcan la ejecución, el control y la sistematización la información; así como la rendición de cuentas.

En la adopción de TIC's se deberá observar lo previsto en las disposiciones que establezca la Secretaría de Planeación y Finanzas del PEEQ o el equivalente de los sujetos obligados en esta materia, y propiciar un mejor aprovechamiento de los recursos públicos, para la adecuada administración de la información y garantizar la rendición de cuentas.

### **TÍTULO SEGUNDO MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO**

#### **CAPÍTULO I Estructura del Modelo**

#### **Artículo 7. CATEGORÍAS DEL OBJETIVO DEL CONTROL INTERNO.**

El control interno tiene la finalidad de proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas de la Institución, la salvaguarda de los recursos públicos y prevenir la corrupción, considerando la interrelación de esos objetivos, bajo la siguiente clasificación:

- 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.

#### **Artículo 8. NORMAS GENERALES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE CONTROL INTERNO.**

Los componentes del control interno representan el nivel más alto en la jerarquía del MEMICI, los cuales deben ser implementados adecuadamente y deben operar en conjunto y de manera sistémica, para que el control interno sea apropiado. Los cinco componentes de control interno son:

##### **A. PRIMERA NORMA GENERAL. 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, los Titulares de las Instituciones, 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.

La presente norma aplicara en los niveles de responsabilidad: Estratégico, Directivo y Operativo, en donde los Titulares de las Instituciones, deberán asegurarse de su cabal cumplimiento.

### **Principio 1. Mostrar actitud de respaldo y compromiso.**

Los Titulares y servidores públicos de las Instituciones, así como el Órgano de Gobierno deben tener una actitud de compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y actos contrarios a la integridad.

#### **1.1 Actitud de Respaldo del Titular y la Administración.**

Los Titulares y servidores públicos de las Instituciones, así como 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.

Los Titulares y servidores públicos de las Instituciones, así como el Órgano de Gobierno deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la Institución. Asimismo, deben establecer la actitud de respaldo en toda la Institución a través de su actuación y ejemplo, lo cual es fundamental para lograr un control interno apropiado y eficaz.

Las directrices, actitudes y conductas de los Titulares de las Instituciones y en su caso, del Órgano de Gobierno deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la Institución. De igual manera, deben reforzar el compromiso de hacer lo correcto y no sólo de mantener un nivel mínimo de desempeño para cumplir con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

La actitud de respaldo de los Titulares de las Instituciones, puede ser un impulsor, como se muestra en los párrafos anteriores, o un obstáculo para el control interno.

La actitud de respaldo contribuirá decididamente a evitar que la identificación de riesgos quede incompleta y, por ende, la respuesta a los riesgos sea inapropiada, y que las actividades de control no se diseñen o implementen apropiadamente.

#### **1.2 Normas de Conducta.**

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

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

#### **1.3 Apego a las Normas de Conducta.**

La Administración debe establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de conducta de la Institución y atender oportunamente cualquier desviación. Dichas normas de conducta se deben tomar como base para evaluar el apego a la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en toda la Institución.

La Administración debe atender el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna y consistente. Dependiendo de la gravedad de la desviación, determinada a través del proceso de evaluación. Así mismo debe tomar las acciones apropiadas y en su caso aplicar las leyes y reglamentos correspondientes. Las normas de conducta que rigen al personal deben mantenerse consistentes en toda la Institución.

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

La Administración debe articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de una línea ética o

mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en la Institución, como parte del componente de la administración de riesgos.

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

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

### **Principio 2. Ejercer la responsabilidad de vigilancia.**

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, son responsables de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto:

#### **2.1 Estructura de Vigilancia.**

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, son responsables de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características de la Institución.

#### **2.2 Responsabilidades del Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC.**

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, deben vigilar las operaciones de la Institución, ofrecer asesoría a la Administración y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que la Institución logre sus objetivos en línea con el programa de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

#### **2.3 Requisitos del Titular del OIC o del Titular de la Institución.**

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, deben comprender los objetivos de la Institución, sus riesgos asociados y las expectativas.

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, deben demostrar además la pericia requerida para vigilar, deliberar y evaluar el control interno de la Institución.

#### **2.4 Vigilancia General del Control Interno.**

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

- a) Ambiente de Control. Establecer y promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, así como la estructura de vigilancia, desarrollar expectativas de competencia profesional y mantener la rendición de cuentas ante el Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC y de las principales partes interesadas;
- b) Administración de riesgos. Vigilar la evaluación de los riesgos que amenazan el logro de las metas y objetivos institucionales, incluyendo el impacto potencial de los cambios significativos, la corrupción y la elusión u omisión de controles por parte de cualquier servidor público;
- c) Actividades de Control. Vigilar a la Administración en el desarrollo y ejecución de las actividades del SCII;
- d) Información y Comunicación. Analizar y discutir la información relativa al logro de las metas y objetivos institucionales; y
- e) Supervisión. Examinar la naturaleza y alcance de las actividades de vigilancia de la Administración, así como las evaluaciones realizadas por ésta y las acciones correctivas implementadas para remediar las deficiencias identificadas.

### **2.5 Corrección de deficiencias.**

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC debe proporcionar información a la Administración, para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

La Administración debe informar al Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas.

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

### **Principio 3. Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad**

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

#### **3.1 Estructura Organizacional.**

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

La Administración debe desarrollar y actualizar la estructura organizacional con entendimiento de las responsabilidades generales, y debe asignarlas a las distintas unidades para fomentar que la Institución alcance sus objetivos de manera eficiente, eficaz y económica; brinde información confiable y de calidad; cumpla con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, y prevenga, disuada y detecte actos contrarios a la integridad, como lo son el caso de los actos de corrupción, con base en la naturaleza de la responsabilidad asignada.

La Administración debe establecer líneas de reporte dentro de la estructura organizacional, a fin de que las unidades puedan comunicar la información de calidad necesaria para el cumplimiento de los objetivos. Considerando también, las responsabilidades generales que tiene frente a terceros interesados, por lo que debe establecer líneas de comunicación y emisión de informes que permitan a la Institución comunicar y recibir información de las fuentes externas.

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.

#### **3.2 Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad.**

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

La Administración debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada unidad, así como determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas.

El Titular de la Institución debe determinar qué nivel de autoridad requieren los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.

Como parte de la delegación de autoridad, la Administración debe considerar que exista una apropiada segregación de funciones al interior de las unidades y en la estructura como medida precautoria contra la corrupción, el fraude, abuso y otras irregularidades en la Institución, al dividir la autoridad, la custodia y la contabilidad en la estructura organizacional.

### **3.3 Documentación y Formalización del Control Interno.**

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

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

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

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

### **Principio 4. Demostrar compromiso con la competencia profesional.**

La Administración es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo:

#### **4.1 Expectativas de Competencia Profesional.**

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

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

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

#### **4.2 Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales.**

La Administración debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos de la Institución. Por lo tanto, debe:

- a) Seleccionar y contratar. Efectuar procedimientos para determinar si un candidato en particular se ajusta a las necesidades de la Institución y tiene las competencias profesionales para el desempeño del puesto;
- b) Capacitar. Permitir a los servidores públicos desarrollar competencias profesionales apropiadas para los puestos clave, reforzar las normas de conducta, difundir el programa de promoción de la integridad y brindar una formación basada en las necesidades del puesto;
- c) Guiar. Proveer orientación en el desempeño del personal con base en las normas de conducta, el programa de promoción de la integridad y las expectativas de competencia profesional; alinear las habilidades y pericia individuales con los objetivos institucionales, y ayudar al personal a adaptarse a un ambiente cambiante; y
- d) Retener. Proveer incentivos para motivar y reforzar los niveles esperados de desempeño y conducta deseada, incluida la capacitación y certificación correspondientes.

#### **4.3 Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias.**

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 institucionales.

La Administración debe seleccionar y capacitar a los candidatos que asumirán los puestos clave. La importancia de estos puestos en el Control interno y el impacto que representa el que esté vacantes, impactan la formalidad y profundidad del plan de contingencia.

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

#### **Principio 5. Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas**

La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en la Institución y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en el SCII.

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

La Administración debe establecer y mantener una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones específicas en materia de control interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. La responsabilidad por el cargo desempeñado y la obligación de rendición de cuentas es promovida por la actitud de respaldo y compromiso de los Titulares de las Instituciones y la Administración con la competencia profesional, la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, la estructura organizacional y las líneas de autoridad establecidas, elementos todos que influyen en la cultura de control interno de la Institución.

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.

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

La Administración, bajo la supervisión del Titular de la Institución, 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.

##### **5.2 Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal.**

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

La Administración es responsable de evaluar las presiones sobre el personal para ayudar a los empleados a cumplir con sus responsabilidades asignadas, en alineación con las normas de conducta y los principios éticos.

#### **B. SEGUNDA NORMA GENERAL. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**

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

**Principio 6. Definir Metas y Objetivos Institucionales.**

El Titular de la Institución, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos, a través de un plan estratégico que de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación al Plan Estatal de Desarrollo y a los Programas Institucionales, Sectoriales y Especiales:

**6.1 Definición de Objetivos.**

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

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.

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

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

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.

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

**Principio 7. Identificar, analizar y responder a los riesgos.**

La Administración, debe identificar riesgos en todos los procesos institucionales, analizar su relevancia y diseñar acciones suficientes para responder a éstos y asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados al personal de la Institución, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas:

**7.1 Identificación de Riesgos.**

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.

Para identificar riesgos, la Administración debe considerar los tipos de eventos que impactan a la Institución. Esto incluye tanto el riesgo inherente como el riesgo residual.

- a) El riesgo inherente es aquél que enfrenta la Institución cuando la Administración no responde ante el riesgo.
- b) El riesgo residual es aquél que permanece después de la respuesta de la Administración al riesgo inherente.
- c) La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos, puede causar deficiencias graves en el control interno.

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.

Los factores de riesgo interno pueden incluir la compleja naturaleza de los programas de la Institución, su estructura organizacional o el uso de nueva tecnología en los procesos operativos. Los factores de riesgo externo pueden incluir leyes, regulaciones o normas profesionales nuevas o reformadas, inestabilidad económica o desastres naturales potenciales.

La Administración debe considerar esos factores tanto a nivel Institución como a nivel de transacciones a fin de identificar de manera completa los riesgos que afectan el logro de los objetivos.

Los métodos de identificación de riesgo pueden incluir una priorización cualitativa y cuantitativa de actividades, previsiones y planeación estratégica, así como la consideración de las deficiencias identificadas a través de auditorías y otras evaluaciones.

### **7.2 Análisis de Riesgos.**

La Administración debe analizar el riesgo 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.

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.

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. La magnitud de impacto se refiere al grado probable de deficiencia que podría resultar de la materialización de un riesgo y es afectada por factores tales como el tamaño, la frecuencia y la duración del impacto del riesgo. La probabilidad de ocurrencia se refiere a la posibilidad de que un riesgo se materialice. La naturaleza del riesgo involucra factores tales como el grado de subjetividad involucrado con el riesgo y la posibilidad de surgimiento de riesgos causados por corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades o por transacciones complejas e inusuales. El Titular del OIC, en su caso, o el Titular de la Institución, podrán revisar las estimaciones sobre la relevancia realizadas por la Administración, a fin de asegurar que las tolerancias al riesgo fueron definidas adecuadamente.

### **7.3 Respuesta a los Riesgos**

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 institucionales. Estas respuestas al riesgo pueden incluir:

- a) Aceptar. Ninguna acción es tomada para responder al riesgo con base en su importancia;
- b) Evitar. Se toman acciones para detener el proceso operativo o la parte que origina el riesgo;
- c) Mitigar. Se toman acciones para reducir la probabilidad/posibilidad de ocurrencia o la magnitud del riesgo; y
- d) Compartir. Se toman acciones para compartir riesgos institucionales con partes externas, como la contratación de pólizas de seguros.

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

## **Principio 8. Considerar el Riesgo de Corrupción**

La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos asociados, principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos:

### **8.1 Tipos de Corrupción.**

La Administración debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la Institución, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. A fin de evitar posibles procedimientos de responsabilidad administrativa, por tipificarse como falta no grave o falta grave en términos de lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

### **8.2 Factores de Riesgo de Corrupción.**

La Administración debe considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades señaladas en la ley en la materia. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren. Este tipo de factores incluyen:

- a) Incentivos/Presiones. La Administración y el resto del personal tienen un incentivo o están bajo presión, lo cual provee un motivo para cometer actos de corrupción o fraudes;
- b) Oportunidad. Existen circunstancias, como la ausencia de controles, controles inefectivos o la capacidad de determinados servidores públicos para eludir controles en razón de su posición en la Institución, las cuales proveen una oportunidad para la comisión de actos corruptos o fraudes; y
- c) Actitud / Racionalización. El personal involucrado es capaz de justificar la omisión de actos corruptos, fraudes y otras irregularidades. Algunos servidores públicos poseen una actitud, carácter o valores éticos que les permiten efectuar intencionalmente un acto corrupto o deshonesto.

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

### **8.3 Respuesta a los Riesgos de Corrupción.**

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.

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

### **Principio 9. Identificar, analizar y responder al cambio**

La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el control interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y 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.

#### **9.1 Identificación del Cambio.**

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.

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.

#### **9.2 Análisis y Respuesta al Cambio.**

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.

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.

### **C. TERCERA NORMA GENERAL. ACTIVIDADES DE CONTROL.**

Son las acciones que define y desarrolla la Administración mediante políticas, procedimientos y TIC's 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 institucionales y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

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

#### **Principio 10. Diseñar actividades de control**

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

Estas actividades son las políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos que hacen obligatorias las directrices de la Administración para alcanzar los objetivos institucionales e identificar los riesgos asociados. Como parte del componente de ambiente de control, Titular de la Institución y la Administración deben definir responsabilidades, asignar puestos clave y delegar autoridad para alcanzar los objetivos.

#### **10.1 Respuesta a los Objetivos y Riesgos.**

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.

#### **10.2 Diseño de Actividades de Control Apropriadas.**

La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudan al Titular de la Institución y a la

Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno. A continuación se presentan de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la Institución:

- a) Revisiones por la Administración del desempeño actual, a nivel función o actividad. La Administración identifica los logros más importantes de la Institución y los compara contra los planes, objetivos y metas establecidos;
- b) Administración del capital humano. La gestión efectiva de la fuerza de trabajo de la Institución, su capital humano, es esencial para alcanzar los resultados y es una parte importante del control interno. El éxito operativo sólo es posible cuando el personal adecuado para el trabajo está presente y ha sido provisto de la capacitación, las herramientas, las estructuras, los incentivos y las responsabilidades adecuadas. La Administración continuamente debe evaluar las necesidades de conocimiento, competencias y capacidades que el personal debe tener para lograr los objetivos institucionales;
- c) Controles sobre el procesamiento de la información. Una variedad de actividades de control son utilizadas en el procesamiento de la información. Los ejemplos incluyen verificaciones sobre la edición de datos ingresados, la contabilidad de las transacciones en secuencias numéricas, la comparación de los totales de archivos con las cuentas de control y el control de acceso a los datos, archivos y programas;
- d) Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables. La Administración debe establecer el control físico para asegurar y salvaguardar los bienes y activos vulnerables de la Institución. Algunos ejemplos incluyen la seguridad y el acceso limitado a los activos, como el dinero, valores, inventarios y equipos que podrían ser vulnerables al riesgo de pérdida o uso no autorizado. La Administración cuenta y compara periódicamente dichos activos para controlar los registros;
- e) Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño. La Administración debe establecer actividades para revisar los indicadores. Éstas pueden incluir comparaciones y evaluaciones que relacionan diferentes conjuntos de datos entre sí para que se puedan efectuar los análisis de relaciones y se adopten las medidas correspondientes. La Administración debe diseñar controles enfocados en validar la idoneidad e integridad de las normas e indicadores de desempeño, al nivel Institución y a nivel individual;
- f) Segregación de funciones. La Administración identifica los logros más importantes de la Institución y los compara contra los planes, objetivos y metas establecidos. La Administración debe dividir o segregar las atribuciones y funciones principales entre los diferentes servidores públicos para reducir el riesgo de error, mal uso, corrupción, fraude, abuso, por desaprovechamiento de aptitudes y actitudes de los servidores públicos y otras irregularidades. Esto incluye separar las responsabilidades para autorizar transacciones, procesarlas y registrarlas, revisar las transacciones y manejar cualquier activo relacionado, de manera que ningún servidor público controle todos los aspectos clave de una transacción o evento;
- g) Ejecución apropiada de transacciones. Las transacciones deben ser autorizadas y ejecutadas sólo por los servidores públicos que actúan dentro del alcance de su autoridad. Éste es el principal medio para asegurarse de que sólo las transacciones válidas para el intercambio, transferencia, uso u compromiso de recursos son iniciadas o efectuadas. La Administración debe comunicar claramente las autorizaciones al personal;
- h) Registro de transacciones con exactitud y oportunidad. La Administración debe asegurarse a través de actividades de control, que las transacciones se registran completas, precisas y puntualmente para conservar su relevancia y valor para el control de las operaciones y la toma de decisiones. Esto se aplica a todo el proceso o ciclo de vida de una transacción desde su inicio y autorización hasta su clasificación final en los registros;
- i) Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos. La Administración debe limitar el acceso a los recursos y registros solamente al personal autorizado; asimismo, debe asignar y mantener la responsabilidad de su custodia y uso. Se

deben conciliar periódicamente los registros con los recursos para contribuir a reducir el riesgo de errores, corrupción, fraude, abuso, desaprovechamiento, uso indebido o alteración no autorizada; y

- j) Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno. La Administración debe documentar claramente el control interno y todas las transacciones y demás eventos significativos. Asimismo, debe asegurarse de que la documentación esté disponible para su revisión. La documentación y formalización debe realizarse con base en las directrices emitidas por la Administración para tal efecto, mismas que toman la forma de políticas, guías o lineamientos administrativos o manuales de operación, ya sea en papel o en formato electrónico. La documentación formalizada y los registros deben ser administrados y conservados adecuadamente, y por los plazos mínimos que establezcan las disposiciones legales en la materia.

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

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.

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

### **10.3 Diseño de Actividades de Control en varios niveles.**

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

La Administración debe diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos institucionales 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 institucionales y conduzca los riesgos relacionados.

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

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.

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.

Para determinar el nivel de precisión necesario para las actividades de control, la Administración debe evaluar:

- a) Propósito de las actividades de control. Cuando se trata de prevención o detección, la actividad de control es, en general, deberá ser más precisa que una que solamente identifica diferencias y las explica;
- b) Nivel de agregación. Una actividad de control que se desarrolla a un nivel de mayor detalle generalmente es más precisa que la realizada a un nivel general. Por ejemplo, un análisis de las obligaciones por renglón presupuestal normalmente es más preciso que un análisis de las obligaciones totales de la Institución;
- c) Regularidad del control. Una actividad de control rutinaria y consistente es generalmente más precisa que la realizada de forma esporádica; y
- d) Correlación con los procesos operativos pertinentes. Una actividad de control directamente relacionada con un proceso operativo tiene generalmente mayor probabilidad de prevenir o detectar deficiencias que aquella que está relacionada sólo indirectamente.

#### **10.4 Segregación de Funciones.**

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.

La segregación de funciones contribuye a prevenir corrupción, desperdicio y abusos en el control interno. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades, incompatibles entre sí, las realiza un solo servidor público, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al riesgo en el que dos o más servidores públicos se confabulan para eludir los controles.

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

#### **Principio 11. Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC's**

La Administración debe desarrollar actividades de control, que contribuyan a dar respuesta y reducir los riesgos identificados, basadas principalmente en el uso de las TIC's para apoyar el logro de metas y objetivos institucionales.

##### **11.1 Desarrollo de los Sistemas de Información.**

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

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, y debe representar el ciclo de vida de la información utilizada para los procesos operativos, que permita a la Institución obtener, almacenar y procesar información de calidad. Un sistema de información debe incluir tanto procesos manuales como automatizados. Los procesos automatizados se conocen comúnmente como las TIC's.

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.

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

- a) Integridad. Se encuentran presentes todas las transacciones que deben estar en los registros;
- b) Exactitud. Las transacciones se registran por el importe correcto, en la cuenta correcta, y de manera oportuna en cada etapa del proceso; y
- c) Validez. Las transacciones registradas representan eventos económicos que realmente ocurrieron y fueron ejecutados conforme a los procedimientos establecidos.

### **11.2 Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropriadas.**

La Administración debe diseñar actividades de control apropiados en los sistemas de 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.

Los controles generales 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.

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.

### **11.3 Diseño de la Infraestructura de las TIC's.**

La Administración debe diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de TIC's. Las TIC's requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad.

La infraestructura de TIC's de la Institución puede ser compleja y puede ser compartida por diferentes unidades dentro de la misma o tercerizada. La Administración debe evaluar los objetivos de la Institución y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's.

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

**11.4 Diseño de la Administración de la Seguridad.**

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.

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

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

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.

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

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 en el diseño de las actividades de control. Este modelo 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.

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.

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

**Principio 12. Implementar Actividades de Control**

La Administración debe implementar actividades de control a través de la operación de políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

**12.1 Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de Políticas.**

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

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.

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.

**12.2 Revisiones Periódicas a las Actividades de Control.**

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 institucionales o en el enfrentamiento de sus riesgos.

**D. CUARTA NORMA GENERAL. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

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

La información que los servidores públicos generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el sistema de control interno debe cubrir los requisitos establecidos por la Administración, con la exactitud apropiada, así como con la especificidad requerida del personal pertinente.

Los sistemas de información y comunicación, deben diseñarse e instrumentarse bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento que permitan determinar si se están cumpliendo las metas y objetivos institucionales con el uso eficiente de los recursos. La Administración requiere tener acceso a información relevante y mecanismos de comunicación confiables, en relación con los eventos internos y externos que pueden afectar a la Institución.

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

**Principio 13. Usar Información relevante y de calidad**

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

**13.1 Identificación de los Requerimientos de Información.**

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.

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

**13.2 Datos Relevantes de Fuentes Confiables.**

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. La Administración debe obtener los datos en forma oportuna con el fin de que puedan ser utilizados de manera apropiada. Su utilización debe ser supervisada.

**13.3 Datos Procesados en Información de Calidad.**

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

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

#### **Principio 14. 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.

##### **14.1 Comunicación en toda la Institución.**

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

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

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

El Titular de la Institución 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.

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

##### **14.2 Métodos Apropiados de Comunicación.**

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:

- a) Audiencia. Los destinatarios de la comunicación;
- b) Naturaleza de la información. El propósito y el tipo de información que se comunica;
- c) Disponibilidad. La información está a disposición de los diversos interesados cuando es necesaria;
- d) Costo. Los recursos utilizados para comunicar la información;
- e) Los requisitos legales o reglamentarios; y
- f) Los mandatos contenidos en las leyes y regulaciones que pueden impactar la comunicación.

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

**Principio 15. Comunicar Externamente**

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

**15.1 Comunicación con Partes Externas.**

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

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.

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.

El Titular de la Institución 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 de la Institución o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas que impactan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del control interno.

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

**15.2 Métodos Apropriados de Comunicación.**

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

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

**E. QUINTA NORMA GENERAL. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.**

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

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

El SCII 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 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 Titular del OIC, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

#### **Principio 16. Realizar actividades de supervisión**

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

##### **16.1 Establecimiento de Bases de Referencia.**

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.

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

##### **16.2 Supervisión del Control Interno.**

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

La Administración debe realizar auditorías preventivas 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.

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.

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.

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 auditorías, 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.

### **16.3 Evaluación de Resultados.**

La Administración debe evaluar y documentar los resultados de las auditorías preventivas 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.

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

### **Principio 17. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias**

Todos los servidores públicos de la Institución deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como al Titular, a la Administración y, en su caso, al Órgano de Gobierno, a través de las líneas de reporte establecidas; la Administración es responsable de corregir las deficiencias de control interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por los responsables. Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la Institución.

#### **17.1 Informe sobre Problemas.**

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.

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

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.

#### **17.2 Evaluación de Problemas.**

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.

**17.3 Acciones Correctivas.**

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

**CAPÍTULO II****Responsabilidades y funciones en el SCII****Artículo 9. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.**

De conformidad con su ámbito de competencia y nivel jerárquico, los servidores públicos de cada nivel de Control Interno son los siguientes:

- I. Estratégico: el Titular del sujeto obligado y los servidores públicos del segundo nivel jerárquico;
- II. Directivo: los servidores públicos del tercer nivel jerárquico; y
- III. Operativo: los servidores públicos del cuarto y siguientes niveles jerárquicos de mando medio hasta el último puesto de la estructura.

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

**A. GENÉRICA:**

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

- a) Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y son responsables.

**B. DEL TITULAR Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:**

- a) Determinarán las metas y objetivos de la Institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Institución para la consecución de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, los programas sectoriales, especiales y demás planes y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;
- b) Establecerán y mantendrán un SCII actualizado al Modelo Estándar de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
- c) El Titular de la Institución aprobará el PTCI y el PTAR y remitirá a la DPE una vez formalizados en el mes de enero de cada año, para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
- d) El Titular instruirá a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz de Administración de Riesgos y PTAR; y
- e) Presentar al Comité y en su caso al Órgano de Gobierno, las debilidades y deficiencias detectadas y de mayor impacto, así como las medidas y acciones de mejora adoptadas para su corrección.

**C. DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO:****En el Fortalecimiento del SCII**

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución y DPE, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento y, control del SCII;
- b) Acordar con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del Modelo Estándar de Control Interno;
- c) Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Institución, las cuales se deberán llevar a cabo en el último cuatrimestre del año;
- d) Coordinar la aplicación de una encuesta anual de clima laboral, las cuales se deberán llevar a cabo en el último cuatrimestre del año;
- e) Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución, el resultado de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Institución;
- f) Revisar con el Enlace del SCII y presentar para aprobación del Titular de la Institución el Informe Anual del SCII y el PTCI, mismos que integraran las áreas de oportunidad encontradas en la evaluación del SCII en los procesos prioritarios y los resultados de las encuestas de clima laboral, y serán presentados para su aprobación en el último cuatrimestre de cada año;
- g) Revisar con el Enlace del SCII y presentar para aprobación del Titular de la Institución el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI; y
- h) Difundir el PTCI, e instruir su implementación por los responsables de las acciones de control comprometidas;

**En la Administración de Riesgos**

- a) Acordar con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace del SCII 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 las Disposiciones, se deberá informar por escrito a la DPE;
- c) Convocar a los Titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular del OIC para integrar el grupo de trabajo que definirá la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, para la autorización del Titular de la Institución, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;
- d) Revisar los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de riesgos y el PTAR en el último cuatrimestre del año, conjuntamente con el Enlace del SCII, mismos que deberán ser aprobados por el Titular de la Institución;
- e) Revisar el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos; Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución y el Enlace del SCII la Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos;
- f) 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; y
- g) Comunicar al Enlace del SCII, 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.

**En el Comité de Control y Desempeño Institucional:**

- 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; así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución; y

- b) Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y competente.

#### **D. DEL ENLACE DEL SCII**

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;
- b) Definir las áreas administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;
- c) Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las unidades administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;
- d) Revisar con los responsables de las unidades administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las Normas Generales, sus principios y elementos de control interno;
- e) Elaborar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- f) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- g) Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avances Cuatrimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno;
- h) Incorporar en el Sistema Informático el Informe Anual, el PTCI y el reporte de avances cuatrimestral, revisados y autorizados;
- i) 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;
- j) Para tal efecto, se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que se encuentra disponible en la SECON ;
- k) 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 de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR; el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos;
- l) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
- m) Dar seguimiento permanente al PTCI y PTAR y actualizar el Reporte de Avance Cuatrimestral;
- n) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos de la Institución, así como los determinados por el Comité o el Órgano de Gobierno, según corresponda;
- o) Incorporar en el Sistema Informático la Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y el PTAR; el Reporte de Avances Cuatrimestral del este último; y el Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos;
- p) Realizar el Análisis Anual del Comportamiento de los riesgos;
- q) Solicitar a las unidades administrativas de la Institución la información suficiente, relevante y competente para la integración de la carpeta electrónica;
- r) Remitir al Coordinador de Control Interno la información institucional consolidada para su revisión y validación;
- s) Integrar y capturar la carpeta electrónica para su consulta por los convocados, con siete días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión; y
- t) Registrar en el Sistema Informático el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

#### **E. DEL ÓRGANO DE INTERNO DE CONTROL**

**En el Fortalecimiento del SCII:**

- a) Vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, PTAR y recomendaciones de DPE, se cumplan en tiempo y forma;
- b) Evaluar el Informe Anual y los Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI y PTAR;
- c) Elaborar el Informe de Verificación al Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI y PTAR, así como el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos; y
- d) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, la Evaluación del Informe Anual y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

**CAPÍTULO III****Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno****Sección I.****Evaluación del SCII****Artículo 10. LA EVALUACIÓN DEL SCII**

El SCII deberá ser evaluado anualmente, por los servidores públicos responsables de los procesos prioritarios en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las Normas Generales de Control Interno, sus 17 Principios y elementos de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control de por lo menos cinco procesos prioritarios y como máximo los que determine la Institución conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

La Institución determinará los procesos prioritarios 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, utilizando alguno o varios de los siguientes criterios:

- I. Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Estatal de Desarrollo y programas sectoriales, regionales, institucionales, especiales y transversales;
- II. Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Institución;
- III. Genera beneficios a la población o están relacionados con la entrega de subsidios;
- IV. Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al gobernado, en especial permisos, licencias y concesiones;
- V. Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados;
- VI. Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados;
- VII. Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción; y
- VIII. Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

La Institución deberá elaborar y remitir, en el segundo cuatrimestre del año, a la DPE una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios en los cuales realizó la evaluación del SCII, para ello podrá utilizar el siguiente formato:

Nombre del Proceso Prioritario	Tipo Sustantivo/ Administrativo	Unidad Responsable (Dueña del proceso)	Criterios de Selección							
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Proceso 1										
Proceso 2										
Proceso 3										
Proceso 4										
Proceso 5										

La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de las 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. La misión, visión, metas y objetivos están alineados al Plan Estatal de Desarrollo y a los Programas Sectoriales y Especiales;
2. Los servidores públicos de la Institución, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales;
3. 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;
4. Se promueve, diseña, establece y operan los controles con apego al Código de Ética;
5. Se aplican, en el último cuatrimestre del año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, determinan acciones de mejora, dan seguimiento y evalúan sus resultados;
6. 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;
7. Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos;
8. 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
9. Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno, en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

**SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**

10. 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;
11. Las operaciones y actividades relevantes están autorizadas y ejecutadas por el servidor público facultado para ello conforme a la normatividad; dichas autorizaciones son comunicadas al personal;
12. 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;
13. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos; y
14. 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.**

15. Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y automatizados con base en el uso de TIC's;
16. 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;
17. 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;
18. Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;
19. 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;
20. 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 PTCI para su seguimiento y atención;
21. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;
22. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;
23. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;
24. 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;
25. 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
26. 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, TIC's.

**CUARTA. INFORMAR Y COMUNICAR.**

27. Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad, de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;
28. 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;
29. 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;
30. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Órgano de Gobierno, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;
31. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias; y
32. 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**

33. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los Normas Generales de Control Interno;
34. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre las TIC's, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso; y

35. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte del Titular y la Administración, SECON o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

El Coordinador de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que los responsables de los procesos prioritarios seleccionados, 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 PTCI, cuando se identifiquen debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII.

## **Sección II. Informe Anual del Estado que Guarda el SCII**

### **Artículo 11. PRESENTACIÓN DEL INFORME ANUAL.**

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

- I. Al DPE, con copia al Titular del Órgano Interno de Control;
- II. Al Comité /COCODI en la primera sesión ordinaria; y
- III. Al Órgano de Gobierno, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

### **Artículo 12. 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 electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno;
  - c) Elementos de control con evidencia documental y electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de control interno; y
  - d) Debilidades o áreas de oportunidad en el SCII.
- II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el PTCI del ejercicio inmediato anterior; y
- III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCI.

La evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo.

### **Artículo 13. LA SOLICITUD DEL INFORME ANUAL EN FECHA DISTINTA**

La DPE podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al 31 de enero de cada año, por instrucciones superiores, caso fortuito o causas de fuerza mayor.

## **Sección III. Integración y seguimiento del PTCI**

### **Artículo 14. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.**

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

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

La evidencia documental y electrónica suficiente que acredite la implementación de las acciones de mejora y 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.

#### **Artículo 15. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.**

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

#### **Artículo 16. REPORTE DE AVANCE CUATRIMESTRAL DEL PTCI.**

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar cuatrimestralmente al Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Cuatrimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

- I. 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;
- II. 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;
- III. 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
- IV. Firma del Coordinador de Control Interno.

El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte al Titular del Órgano Interno de Control de los sujetos obligados, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada cuatrimestre, para que esa instancia pueda emitir su Informe de Verificación; así como al Comité u Órgano de Gobierno, a través del Sistema Informático, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada cuatrimestre. El primer reporte de avance cuatrimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria anual.

#### **Artículo 17. INFORME DE VERIFICACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES CUATRIMESTRAL DEL PTCI.**

El Titular de los OIC de los sujetos obligado se realizará la evaluación del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI y elaborará el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará 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 cuatrimestral del PTCI; así como al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada cuatrimestre. El primer reporte de avance cuatrimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria anual.

**Sección IV.**  
**Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual y PTCI.**

**Artículo 18. 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 al Titular de la Institución y a la DPE a más tardar el último día hábil del mes de febrero; así como al Comité o, en su caso, al Órgano de Gobierno, en su primera sesión ordinaria.

**Artículo 19. 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 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 atender áreas de oportunidad para fortalecer el SCII; y
- IV. Conclusiones y recomendaciones.

Los servidores públicos responsables de las Unidades Administrativas y procesos de la Institución deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el Órgano Interno de Control en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

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

**Artículo 20. INICIO DEL PROCESO**

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último cuatrimestre 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 del SCII, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el PTAR, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

**Artículo 21. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA**

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente numeral está debidamente documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos, la cual será proporcionada por la SECON.

**I. Comunicación y Consulta.**

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

Lo anterior debe tener como propósito establecer un contexto apropiado, 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, asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y 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; y
- d) Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales.

## III. Evaluación de Riesgos.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

Algunas de las técnicas que se podrán utilizar en la identificación de los riesgos son: talleres de autoevaluación; mapeo de procesos; análisis del entorno; lluvia de ideas; entrevistas; análisis de indicadores de gestión, desempeño o de riesgos; cuestionarios; análisis comparativo y registros de riesgos.

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:
- i) Estratégico: Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales;
  - ii) Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la Institución; y
  - iii) 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:
- i) Humano: Se relacionan con las personas, que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas;
  - ii) Financiero Presupuestal: Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos;
  - iii) 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;
  - iv) TIC's: Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados;
  - v) Material: Se refieren a la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos;
  - vi) 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; y
  - vii) 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:
- i) Interno: Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización; y
  - ii) 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, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos de la Institución.
9		
8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de las metas y objetivos institucionales. Además se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
7		
6	Moderado	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		
4	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
3		
2	Menor	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Institución.
1		

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

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

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

#### IV. Evaluación de Controles

Se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos;
- b) Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos;
- c) Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y detectivo; e
- d) Identificar en los controles lo siguiente:
  1. **Deficiencia:** Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:
    - i) Está documentado: Que se encuentra descrito.
    - ii) Está formalizado: Se encuentra autorizado por servidor público facultado.
    - iii) Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control, y
    - iv) Es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.
  2. **Suficiencia:** Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.
- e) Determinar si el riesgo está controlado suficientemente, cuando todos sus factores cuentan con controles suficientes.

#### V. Evaluación De Riesgos Respecto A Controles

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

- a) La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;
- b) Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;
- c) Si alguno de los controles del riesgo son deficientes, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial, y
- d) La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de controles.

Para la valoración del impacto y de la probabilidad de ocurrencia antes y después de la evaluación de controles, las Instituciones podrán utilizar metodologías, modelos y 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 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; y

**Cuadrante IV. 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.

## 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 y el impacto, 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:
    - i) **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;
    - ii) **Aseguramiento:** Significa pagar una prima 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; y
    - iii) **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; y
- c) Para los riesgos de corrupción que hayan identificado las Instituciones, éstas deberán contemplar solamente las estrategias de evitar y reducir el riesgo, toda vez que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, en tanto que lesionan la imagen, la credibilidad y la transparencia de las Instituciones.

## Artículo 22. LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN

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

1. **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.
2. **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.
3. **Evaluación de Riesgos Respecto a Controles:** Algunas de las herramientas técnicas que se podrán utilizar de manera complementaria en la identificación de los riesgos de corrupción son la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y demás disposiciones en la materia.

#### **Artículo 23. TOLERANCIA AL RIESGO.**

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

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

#### **Artículo 24. SERVICIOS TERCERIZADOS**

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

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

### **CAPÍTULO II** **Seguimiento de la Administración de Riesgos**

#### **Artículo 25. DEL PTAR**

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 del SCII e incluirá:

- I. Los riesgos;
- II. Los factores de riesgo;
- III. Las estrategias para administrar los riesgos; y
- IV. Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar:

- a) Unidad administrativa;
- b) Responsable de su implementación;
- c) Las fechas de inicio y término; y
- d) Medios de verificación.

#### **Artículo 26. REPORTE DE AVANCES CUATRIMESTRAL DEL PTAR**

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno y el Enlace del SCII para informar cuatrimestralmente al Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

- I. 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;
- II. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda;
- III. 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
- IV. Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace del SCII.

**El Coordinador de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR, al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada cuatrimestre para fines del informe de evaluación; así como al Comité u Órgano de Gobierno, a través del Sistema Informático, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada cuatrimestre. El primer reporte de avance cuatrimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria anual.**

#### **Artículo 27. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR.**

La evidencia documental y 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 del SCII.

#### **Artículo 28. INFORME DE VERIFICACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES CUATRIMESTRAL DEL PTAR.**

El Titular del Órgano Interno de Control presentará en las sesiones ordinarias del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su Informe de Verificación del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR al Titular de la Institución, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance cuatrimestral del PTAR; así como al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, a través del Sistema Informático, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada cuatrimestre.

#### **Artículo 29. 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.

## TÍTULO CUARTO COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

### CAPÍTULO I De los Objetivos del Comité

#### Artículo 30. OBJETIVOS DEL COMITÉ

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

- I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;
- II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;
- III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;
- IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;
- V. Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTAR y acciones de control del PTAR;
- VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de órganos fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de las mismas;
- VII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución; y
- VIII. Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten. Cuando se trate de entidades, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones o su equivalente en los órganos administrativos desconcentrados.

### CAPÍTULO II De la Integración del Comité

#### Artículo 31. 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:** El Titular del sujeto obligado, quien participará en las sesiones del comité con derecho a voz y voto, y en caso de empate contará con voto de calidad;
- II. **El Vocal Ejecutivo:** Titular del OIC. En caso de no contar con éste, la Secretaría hará la designación; quien participará en las sesiones del Comité con derecho a voz y voto;
- III. **Coordinador de Control Interno;**
- IV. **Enlace del SCII; y**
- V. **Vocales:** Quienes participarán en las sesiones de Comité con derecho a voz y voto.

- a) En las dependencias:
  - i) El encargado del área administrativa;
  - ii) El Titular de cada uno de los órganos administrativos desconcentrados.
- b) En las entidades paraestatales y otros organismos públicos:
  - i) Un representante de la coordinadora del sector.
  - ii) El encargado del área administrativa.

Los representantes de la coordinadora del sector en las entidades, otros organismos y de las dependencias a las que están adscritos los órganos desconcentrados, no deberán tener un nivel jerárquico inferior al de director.

Se incorporará al Comité como invitados los siguientes, con voz pero sin voto:

- VI. **Invitados especiales:** el comisario de la entidad correspondiente; o un representante de la DPE, serán convocados invariablemente a las sesiones, mismos que determinarán de acuerdo a la naturaleza de los asuntos a tratar contenidos en el Orden del Día, los casos en que estime necesaria su asistencia, lo cual se hará del conocimiento del vocal ejecutivo, previo al inicio de la sesión; y
- VII. **Otros Invitados:**
  - a) Responsables temáticos, de conformidad con el asunto a tratar en la sesión;
  - b) Los servidores públicos, internos o externos al sujeto obligado, que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución, mismos que permanecerán en la sesión en tanto sean tratados los temas de su competencia;
  - c) Personas externas al Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, expertas en asuntos relativos al objeto del sujeto obligado, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del presidente; y
  - d) En su caso, los asesores y el auditor externo, cuando se requiera tratar asuntos derivados de sus actividades, tales como la detección y atención de observaciones relevantes al Sistema de Control Interno.

#### **Artículo 32. LOS SUPLENTE.**

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

Por excepción y previa justificación, las suplencias de los Vocales podrán realizarse como a continuación se indica:

- I. El Vocal Ejecutivo por la persona que designe; y
- II. Los Vocales, hasta el nivel de jefe de departamento, con excepción del Coordinador de Control Interno y el Enlace del SCII los cuales no podrán nombrar suplentes.

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**

#### **Artículo 33. ATRIBUCIONES DEL COMITÉ.**

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Aprobar el Orden del Día;
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:
  - a) El Informe Anual;
  - b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su Reporte de Avance Cuatrimestral, su reprogramación o replanteamiento;
  - c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Verificación del Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación del Informe Anual y de los Reportes de Avance Cuatrimestrales; y
  - d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia.
- III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la administración de riesgos, derivados de:
  - a) La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;
  - b) El reporte de avances cuatrimestral 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 o por otras instancias externas de fiscalización; y
  - e) Las recomendaciones contenidas en el informe de verificación del Titular del OIC derivado de la evaluación del Informe Anual y de los reportes de avance cuatrimestrales.
- IV. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;
- V. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
- VI. Ratificar las actas de las sesiones; y
- VII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

#### **Artículo 34. FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS**

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

- I. Proponer asuntos específicos a tratar en el orden del día del Comité;
- II. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité;
- III. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité;
- IV. Proponer la participación de invitados externos a la APE;
- V. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
- VI. Analizar la carpeta electrónica de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos; y
- VII. Presentar riesgos de atención inmediata y de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional, a través de la Cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su oportuna atención.

#### **Artículo 35. FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ.**

El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del orden del día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
- II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;

- III. Poner a consideración de los miembros del Comité el orden del día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;
- IV. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados externos ajenos a la APE;
- V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, al Órgano de Gobierno de las entidades, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración del Comité; y
- 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.

#### **Artículo 36. 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. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata y de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de riesgos; y
- IV. Elaborar las actas de las sesiones, y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo.

#### **Artículo 37. FUNCIONES DE LOS INVITADOS ESPECIALES**

- I. Verificar y analizar la carpeta electrónica de la sesión, emitir opiniones y proponer acuerdos;
- II. Opinar, en caso de ser cuestionado, sobre el desempeño general del sujeto obligado, así como sobre el logro de los objetivos de los proyectos encomendados y, en su caso, formular las recomendaciones correspondientes;
- III. Promover la atención de los acuerdos, ante el Órgano de Gobierno de las entidades;
- IV. Proponer al Comité la integración de grupos auxiliares de trabajo, para el análisis detallado de asuntos que así lo ameriten, siempre y cuando no dupliquen las funciones de los ya existentes; y
- V. Comunicar al Presidente y Vocal Ejecutivo las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité.

#### **Artículo 38. FUNCIONES DEL COORDINADOR**

- I. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de orden del día y la documentación soporte necesaria para su análisis por los miembros;
- II. Validar que la información institucional fue integrada y capturada en la carpeta electrónica por el Enlace del SCII para su consulta por los convocados, con siete días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión; y
- III. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables.

### **CAPÍTULO IV** **Políticas de Operación** **Sección I.** **De las sesiones.**

#### **Artículo 39. TIPO DE SESIONES Y PERIODICIDAD**

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

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del cuatrimestre posterior al que se reporta, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de cada cuatrimestre del ejercicio, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones; en el caso de los órganos administrativos desconcentrados y de las entidades, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del Órgano de Gobierno.

#### **Artículo 40. LAS CONVOCATORIAS**

La convocatoria y la propuesta del orden del día, deberá ser enviada por el Coordinador de Control Interno a los miembros e invitados, con siete días hábiles de anticipación para sesiones ordinarias y de tres días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la disponibilidad en el Sistema informático.

Las convocatorias deberán ser entregadas de forma oficial, confirmando su recepción mediante acuse de recibo.

#### **Artículo 41. CALENDARIO DE SESIONES**

El calendario de sesiones ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior, en caso de modificación, el Vocal Ejecutivo previa autorización del Presidente, informará a los miembros e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

Los órganos administrativos las entidades deberán programar sus sesiones, cuando menos con 15 días de anticipación a la celebración de las correspondientes a su Órgano de Gobierno.

#### **Artículo 42. DESARROLLO DE LAS SESIONES Y REGISTRO DE ASISTENCIA**

Las sesiones se llevarán a cabo de manera presencial para analizar, plantear y discutir los asuntos de la sesión y sus alternativas de solución. En cada reunión se registrará la asistencia de los participantes, recabando las firmas correspondientes.

#### **Artículo 43. QUÓRUM LEGAL**

El quórum legal del Comité, se integrará con la asistencia del Presidente, el Vocal Ejecutivo, Coordinador de Control Interno, Enlace del SCII y al menos un Vocal. 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**

#### **Artículo 44. ORDEN DEL DÍA**

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

La Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

- I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;
- II. Aprobación de la orden del día;
- III. Ratificación del acta de la sesión anterior;
- IV. Seguimiento de acuerdos.- Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida

justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse el Vocal Ejecutivo y Titular del Órgano Fiscalizador determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones;

- V. PTCI, así como su reporte de avance cuatrimestral y el Informe de Verificación del Vocal Ejecutivo;
- VI. PTAR, así como su Reporte de Avance Cuatrimestral y el Informe de Verificación del Vocal Ejecutivo;
- VII. Asuntos Generales; y
- VIII. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

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

### **Sección III. De los Acuerdos**

#### **Artículo 45. REQUISITOS DE LOS ACUERDOS.**

Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de los miembros deberán contemplar, como mínimo, los siguientes requisitos:

- I. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Institución. Cuando la solución de la problemática de un acuerdo dependa de terceros ajenos a la Institución, las acciones se orientarán a la presentación de estudios o al planteamiento de alternativas ante las instancias correspondientes, sin perjuicio de que se efectúe su seguimiento hasta su total atención;
- II. Precisar a los responsables de su atención;
- III. Fecha perentoria para su cumplimiento, la cual no podrá ser mayor a seis meses, posteriores a la fecha de celebración de la sesión en que se apruebe a menos que por la complejidad del asunto se requiera de un plazo mayor, lo cual se justificará ante el Comité; y
- IV. Determinar el impacto negativo de no cumplir el acuerdo en tiempo y forma, respecto de aspectos y programas sustantivos de la Institución.

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los miembros asistentes, en caso de empate el Presidente del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, el Vocal Ejecutivo dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

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

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.

### **Sección IV. De las Actas.**

#### **Artículo 46. REQUISITOS Y ELABORACIÓN DEL ACTA**

Por cada sesión del Comité se levantará un acta que 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.

Una vez firmada el acta por todos los miembros del Comité, el Vocal Ejecutivo remitirá a la DPE un tanto original del Acta.

**Sección V.  
Del Sistema Informático.**

**Artículo 47. CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES**

La carpeta electrónica deberá estar integrada y capturada en el Sistema Informático, la cual contendrá toda la información relevante con respecto al avance en la implementación del Modelo Estándar de Control Interno, misma que deberá estar actualizada de forma constante, así mismo contendrá la información que le periodo cuatrimestral de los asuntos a tratar en las sesiones del COCODI.

**Artículo 48. SISTEMA INFORMATIVO**

Los enlaces están obligados a subir la información en la plataforma que al efecto implemente la SECON, de acuerdo con los avances y seguimientos que se realicen sobre los distintos documentos de trabajo de Control Interno.

Los Órganos Internos de Control, deberán subir la información que corresponda a las obligaciones que se indican en las presentes disposiciones.

**SEGUNDO.**-Se emite el siguiente Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno:

**PROCESO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO**



<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>	<b>Método, herramienta</b>
Titular de la Institución	Designa por escrito al Coordinador de Control Interno.	Oficio de designación
Coordinador de Control Interno	Recibe oficio de designación. Designa por escrito al Enlace del SCII. 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 SCII.	Oficio de designación / Reunión de Trabajo / Correo electrónico institucional
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
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
Enlace del SCII	Recibe evaluaciones y consolida por procesos prioritarios la información de dichas evaluaciones.	Evaluación consolidada de los procesos prioritarios
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
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

Responsable	Actividad	Método, herramienta
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 PTCl.	Propuesta de Informe Anual y PTCl
Titular de la Institución	Aprueba el Informe Anual y PTCl.	Informe Anual y PTCl
Titular de la Institución	Presenta al Titular del OIC, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, con copia a la DPE, el Informe Anual y PTCl.	Informe Anual, y PTCl
Enlace del SCII	Incorpora en el Sistema Informático el Informe Anual y PTCl.	Sistema Informático
DPE	Conoce el Informe Anual y PTCl, y realiza su evaluación.	Informe Anual, y PTCl e Informe de Resultados
Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII	Realiza el seguimiento e informa cuatrimestralmente al Titular de la Institución por medio del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCl para su aprobación.	Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCl
Titular de la Institución	Revisa y aprueba el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCl.	Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCl
Coordinador de Control Interno	Recibe y firma el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCl y lo presenta al Titular del Órgano Fiscalizador, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCl
OIC	Recibe Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCl, y resultados de las acciones comprometidas y efectúa su evaluación.	Informe de Verificación al Reporte de Avances Cuatrimestral
OIC	Emite el Informe de Verificación al Reporte de Avances Cuatrimestral 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
Comité	Recibe Informe de Resultados, Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCl e Informe de Evaluación.	Informe de Resultados / Reporte de Avances Cuatrimestral / Informe de Evaluación

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

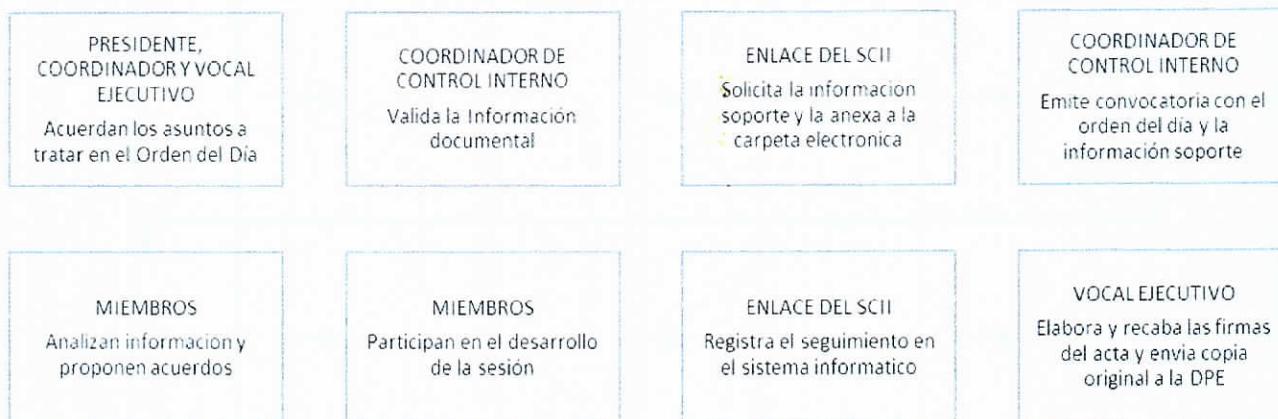


Responsable	Actividad	Método, Herramienta
Titular de la Institución	Instruye a las Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y al Enlace del SCII iniciar el proceso de administración de riesgos.	Oficio/ Correo electrónico
Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución 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 del SCII.	Oficio de formalización/ Correo electrónico
Enlace del SCII	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
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

Responsable	Actividad	Método, Herramienta
Enlace del SCII	Revisa y analiza la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, define con el Coordinador de Control Interno la propuesta de riesgos institucionales, elabora y presenta al mismo los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucionales.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos
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
Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución los riesgos institucionales y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace del SCII.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos
Enlace del SCII	Elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del PTAR institucional.	Proyecto del PTAR
Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del PTAR institucional, conjuntamente con el Enlace del SCII.	Proyecto del PTAR
Coordinador de Control Interno	Presenta anualmente para autorización del Titular de la Institución la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, y firma de forma conjunta con el Enlace del SCII.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR
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 del SCII.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR
Unidades Administrativas	Instrumentan y cumplen las acciones de control del PTAR, e informan avances cuatrimestrales y resguardan la evidencia documental.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y Evidencia documental
Enlace del SCII	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 Cuatrimestral del PTAR con la información proporcionada por las Unidades Administrativas y el Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos.	Proyecto del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos
Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, los firma conjuntamente con el Enlace del SCII y los presenta para autorización y firma del Titular de la Institución.	Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos
Enlace del SCII	Incorpora en el Sistema Informático Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Cuatrimestral 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 Cuatrimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos

Responsable	Actividad	Método, Herramienta
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 Cuatrimestral del PTAR, en las sesiones del Comité, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR. Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos
Coordinador de Control Interno	Comunica al Enlace de Administración de Riesgos los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR determinados por los servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Oficio/ Correo electrónico Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR actualizados
Enlace del SCII	Agrega a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR, los riesgos adicionales o alguna actualización, identificada por servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR

#### PROCESO DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL COCODI



Responsable	Actividad	Método, Herramienta
Presidente del Comité, Coordinador de Control Interno y Vocal Ejecutivo	Determinan los asuntos a tratar en la sesión del Comité que corresponda, a partir de lo establecido en la Orden del Día.	Orden del Día
Coordinador de Control Interno	Solicita al Enlace del SCII la integración de la información soporte de los asuntos a tratar en la sesión del Comité.	Orden del Día

Responsable	Actividad	Método, Herramienta
Enlace del SCII	Solicita a las unidades administrativas responsables, la información para integrar la carpeta electrónica.	Oficio/Correo electrónico Información
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 SCII la conformación de la carpeta electrónica en el Sistema Informático.	Oficio/Correo electrónico
Enlace del SCII	Integra y captura la información en la carpeta electrónica del Sistema Informático con siete días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité.	Sistema Informático.
Coordinador de Control Interno	Valida y verifica en el Sistema Informático la integración de la información en la carpeta electrónica y notifica con siete días de anticipación a la fecha de la convocatoria de la sesión a los miembros e invitados del Comité.	Carpeta electrónica Convocatoria (Oficio/Correo electrónico)
Miembros del Comité e invitados	Analizan la carpeta electrónica, presentar riesgos de atención inmediata y 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 extraordinaria.	Sistema Informático.
Miembros del Comité e invitados	Participan en la sesión para el desahogo de los asuntos específicos de la Orden del Día, proponen y aprueban acuerdos, y las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.	Reunión presencial
Vocal Ejecutivo	Elabora y Formaliza el Acta de la sesión recabando las firmas de los Miembros del Comité, envía copia original a la DPE, e incorpora al sistema informático	Acta firmada de la sesión.

La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la SECON, por conducto de la DPE.

**CUARTO.-** Los OIC de las dependencias, entidades de la APE, vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de las Instituciones para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua.

#### TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro "La Sombra de Arteaga".

**SEGUNDO.-** Se abrogan las **Normas de Control Interno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro** y la **Guía para la Aplicación de las Normas de Control Interno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro**, publicadas en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro, "La Sombra de Arteaga" el día 28 de noviembre de 2014 y 27 de febrero de 2015 respectivamente.

**TERCERO.-** Los acuerdos del Comité de Control y Desempeño Institucional que a la fecha de entrada en vigor de este ordenamiento se encuentren pendientes, se les dará seguimiento con las disposiciones que se encontraban vigentes en la fecha de los mismos.

**CUARTO.** 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.

En la ciudad de Santiago de Querétaro, Qro., a los 21 días del mes de noviembre del año 2017.

**Alfonso Chávez Fierro**  
**Secretario de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro**  
Rúbrica

ANEXO I

**Marco Integrado**  
**de Control Interno**