



Acuerdo por el que se emite el Manual Administrativo del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública Estatal de Sonora.

Lic. Miguel Ángel Murillo Aispuro, Secretario de la Contraloría General del Estado de Sonora, con las facultades para emitir el acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno del Estado Sonora, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 26 inciso a) fracciones I, II, III, IV, V y VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Sonora y el artículo 6 Bis A, fracción I, V, IX, X, XVII y demás relativos y aplicables del Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría General del Estado de Sonora.

CONSIDERANDO

Primero.- Que el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Sonora, en su Eje Transversal I. Gobierno eficiente, innovador, transparente y con sensibilidad social, busca contar con un gobierno orientado a resultados, eficiente, con mecanismos de evaluación que permitan mejorar su desempeño y la calidad de los servicios; que simplifique la normatividad y trámites gubernamentales, rinda cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía, que optimice el uso de los recursos públicos, y que utilice las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

Segundo.- Que de acuerdo con el artículo 143 inciso A) de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Sonora la Secretaría de la Contraloría General forma parte del Comité Coordinador del Sistema Estatal Anticorrupción y es reconocida como la Secretaría del Ejecutivo del Estado responsable del control interno.

Tercero.- Que de acuerdo con el numeral segundo y como integrante de la Comisión Permanente de Contralores Estados-Federación (CPCE-F), del Sistema Nacional de Fiscalización (SNF) y del Sistema Nacional Anticorrupción (SNA), la Secretaría de la Contraloría General emite los presentes lineamientos que se encuentran alineados al Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI) aprobado en la Quincuagésima Quinta Reunión Nacional de la Asamblea plenaria de la CPCEF celebrada el 25 de noviembre de 2015.

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

Cuarto.- Que el día 17 de noviembre de 2016 se publicó en el Boletín Oficial del Estado de Sonora, el Acuerdo por el que se Establecen el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI) como parte de las acciones instrumentadas en el Estado de Sonora para estandarizar, bajo criterios de simplificación administrativa, las disposiciones, políticas o estrategias, acciones o criterios y los procedimientos internos que en materia de control interno, se deberán observar en el ámbito de la APE fortaleciendo la cultura del autocontrol y la autoevaluación, así como el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones como un medio para contribuir a lograr las metas y objetivos de cada institución.

Quinto.- Que el MEMICI se alinea al Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI) emitido en la quinta reunión plenaria del SNF celebrada en 2014 cuyas bases son el Marco COSO 2013, para ser adoptado y adaptado por las instituciones del ámbito gubernamental mediante la expedición de los decretos correspondientes.

Sexto.- Que contar con un Sistema de Control Interno efectivo en las instituciones de la APE promueve la consecución de las metas y objetivos, así como una eficiente administración de riesgos y la prevención de actos de corrupción a través de los Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), constituido



como un foro colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento al desempeño institucional y de los Órganos Internos de Control como un grupo de profesionales que realizan una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta para agregar valor y mejorar las operaciones de las instituciones reducir la probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad, asegurar el comportamiento ético de los servidores públicos, considerar la integración de las tecnologías de información en el control interno y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

Séptimo. Que, de acuerdo con la estrategia del Sistema Nacional Anticorrupción y el andamiaje normativo que deriva, la Secretaría de la Contraloría General de Sonora es la instancia facultada de emitir los lineamientos que estandaricen el diseño, implementación, evaluación y fortalecimiento del Control Interno de la APE. Por tal motivo, el presente documento establece las obligaciones que los titulares o, en su caso los órganos de gobierno y demás servidores públicos de las dependencias y entidades, así como de los órganos internos de control para implantar, evaluar y fortalecer el control interno de la APE para observar lo establecido en el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno de Sonora como documento rector.

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

ACUERDO POR EL QUE SE EMITE EL MANUAL ADMINISTRATIVO DEL MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL DE SONORA

ARTÍCULO PRIMERO.- El presente Acuerdo tiene por objeto establecer la obligación de las dependencias, entidades de la Administración Pública Estatal, para observar para establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua del Modelo Estatal del Marco Integrado del Control Interno (MEMICI) para la Administración Pública Estatal, publicado en el Boletín Oficial el 17 de noviembre de 2016.

ARTÍCULO SEGUNDO.- En términos del Artículo Primero de este Acuerdo, se emite:

TÍTULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

1. BASE DE REFERENCIA, OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Los Titulares y, en su caso, el Órgano de Gobierno, así como los demás servidores públicos de las instituciones que integran la APE y sus Órganos Internos de Control, de conformidad con la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora y los decretos de creación, en sus respectivos ámbitos de responsabilidad sobre el control interno, establecerán, supervisarán, evaluarán, actualizarán y mejorarán de manera continua el control interno de su institución, tomando como base el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI), y como referencia para su operación las presentes Disposiciones, ambos documentos alineado a la estrategia del Sistema Nacional de Fiscalización con

De igual forma, son responsables de observar las presentes Disposiciones los organismos públicos descentralizados (OPD) y organismos y entidades de fomento; así como sus órganos internos de control en lo que no se oponga a los preceptos legales y administrativos que regulan su funcionamiento, quedando exceptuadas de su aplicación las entidades paraestatales en proceso de desincorporación.



2. DEFINICIONES.

Para efectos de las presentes Disposiciones y en complemento a las definiciones que establece el MECI se entenderá por:

- I. **Administración Pública Estatal (APE):** Las dependencias y entidades señaladas en los artículos 3 y 22 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora, y Organismos Públicos Descentralizados.
- II. **Área (s) de oportunidad:** La situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;
- III. **Autocontrol:** 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;
- IV. **Autoevaluación:** Proceso mediante el cual una organización determina su grado de cumplimiento de respecto al MECI considerando los tres niveles de responsabilidad de su estructura organizacional: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías;
- V. **Carpeta electrónica:** Repositorio informático para resguardar la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité;
- VI. **Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI):** Órgano Colegiado o especializado integrado por el Titular de la Institución, de la institución, Titular del Órgano Interno de Control y titulares de las unidades administrativas de la institución a fin de coordinar, deliberar y adoptar las acciones para fortalecer el control interno, administrar los riesgos, implementar medidas correctivas, o que impulsen la innovación, eficiencia o eficacia de la gestión gubernamental. A la publicación del presente Acuerdo, los Comité de Desarrollo Institucional (CDI) a lo que hace referencia el MEMICI serán reconocidos como COCODI
- VII. **Competencia profesional:** La cualificación comprobatoria para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual involucra habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación técnica, certificaciones y la experiencia profesional. Se manifiesta en la actitud y el comportamiento de los servidores públicos para realizar sus funciones y responsabilidades
- VIII. **Control detectivo (durante):** Elementos específicos de control que operan en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado
- IX. **Control preventivo (antes):** Mecanismos específicos de control que tienen el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de los objetivos y metas, por lo que son más efectivos que los detectivos y los correctivos.
- X. **Corrupción:** Delitos realizados por un servidor público o particular tipificados como tales en el Código Penal Federal o su equivalente para el Gobierno del Estado de Sonora, en apego a la estrategia del Sistema Nacional y Estatal Anticorrupción.
- XI. **Debilidad (es) de control interno:** La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los órganos de fiscalización;
- XII. **Dependencias:** Las Secretarías de la administración pública directa referidas en los artículos 3 y 22 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora.
- XIII. **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;
- XIV. **Eficacia:** El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;
- XV. **Eficiencia:** El logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos;
- XVI. **Entidades:** Los organismos públicos descentralizados, empresas de participación estatal mayoritaria y fideicomisos públicos que en términos de la Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal del estado de Sonora y de la Ley de Entidades Paraestatales del estado de Sonora.
- XVII. **Factor (es) de riesgo:** La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que origina la materialización del riesgo;



- XVIII. **Impacto o efecto:** Grado de afectación negativa que sufre la institución por la materialización de un riesgo;
- XIX. **Informe Anual:** El Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional derivado de la autoevaluación
- XX. **Integridad Institucional.** Instrumentos que orientan la conducta y el desempeño de los servidores públicos de conducirse bajo principios del bien moral, valores y estándares que permitan a la institución cumplir con el mandato normativo; prevenir y detectar actos de corrupción, y crear una percepción de positiva y de confianza ante la ciudadanía y otras instancias públicas y privadas
- XXI. **Líneas de reporte:** Las líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la organización que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones;
- XXII. **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;
- XXIII. **MEMICI:** Modelo Estatal del Marco Integral de Control Interno. 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 emitido por la Secretaría de la Contraloría General el 17 de noviembre de 2016.
- XXIV. **MIR y/o Matriz de Indicadores para Resultados:** la herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Nacional 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;
- XXV. **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;
- XXVI. **Objetivos institucionales:** Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas del Plan Nacional de Desarrollo Estatal del Estado de Sonora, la Ley de Planeación Estatal, los programas y proyectos sectoriales, institucionales y especiales según corresponda;
- XXVII. **Órgano Interno de Control:** el Órgano Interno de Control (OIC), Órgano de Control y Desarrollo Administrativo (OCDA) o aquellos organismos que la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora y el Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría General designen para el control, vigilancia y evaluación de las dependencias y entidades de la APE.
- XXVIII. **Órgano de Gobierno:** Cuerpo colegiado de las entidades de conformidad con los artículos 41, 45BIS y 54 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora.
- XXIX. **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.
- XXX. **Riesgo:** La probabilidad de ocurrencia de un evento o acción que impida u obstaculice el cumplimiento de las leyes y normas, así como el logro de los objetivos y metas institucionales y de los programas y proyectos gubernamentales.
- XXXI. **Riesgo (s) de corrupción:** La posibilidad de que por acción u omisión tipificada en la normativa, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas;
- XXXII. **SDAT: Subsecretaría de Desarrollo Administrativo y Tecnológico** Unidad Administrativa de la Secretaría de la Contraloría General encargada de regular y estratificar la implementación, evaluación y mejoramiento del control interno de la APE.
- XXXIII. **Secretaría:** La Secretaría de la Contraloría General.
- XXXIV. **Sistema de Control Interno Institucional o SCII:** Conjunto de normas, elementos, recursos, planes, políticas, registros, procedimientos y métodos que definen la estructura, gestión, dirección, actitud, personalidad, e integridad de una Institución para el cumplimiento de los **objetivos**, metas, misión y plan estratégico institucional. Asimismo, constituye la primera línea de defensa en la salvaguarda de los recursos públicos y la prevención de actos de corrupción.
- XXXV. **Sistema de información:** el conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, **proporcionan** información para apoyar la toma de decisiones y el control de la Institución;



- XXXVI. **Sistema Informático:** la herramienta electrónica administrada por la SDAT para sistematizar el **registro**, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones;
- XXXVII. **TIC's:** Las **Tecnologías** de la Información y Comunicaciones;
- XXXVIII. **Titular:** Servidores públicos a los que hace referencia el artículo 143 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano del Estado de Sonora y artículos 11 y 39 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora.
- XXXIX. **Unidades administrativas:** Las comprendidas en el reglamento interior, estatuto orgánico y/o estructura orgánica básica de una Institución, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente;
- XL. XXXXI.- PTCI: (Definir significado)
- XLI. XXXXII: PTAR: (Definir significado)

CAPÍTULO II RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

3.1. El control interno es parte de las obligaciones y responsabilidades del Titular de la institución o, en su caso, del Órgano de Gobierno, con el apoyo de la administración y del resto de los servidores públicos; por ello, los cinco componentes del marco se presentan en el contexto del titular u Órgano de Gobierno y de la administración de la institución. No obstante, todos los servidores públicos son responsables del control interno de acuerdo con su nivel jerárquico, obligaciones y atribuciones.

3.2 En los COCODI de las entidades, los Titulares fungirán como representantes del Órgano de Gobierno, quienes serán responsables de informar al Órgano de Gobierno sobre los avances y situación actual del control interno, así como de asuntos que por su relevancia o nivel de riesgo deban ser de conocimiento de los integrantes o disponer de su aprobación de conformidad con la normatividad que los regule.

3.3. La responsabilidad de cada sujeto sobre el control interno la aplicación del presente manual se realizará con base en lo establecido en el numeral 4. "Sujetos y Funciones en el Control Interno" del MECI. Para fortalecer lo anterior y formalizar la mejora y mantenimiento del control interno, las instituciones deberán incluir dentro de sus reglamentos interiores las facultades y obligaciones que tiene el Titular y la administración respecto al MECI, y dentro de sus documentos administrativos los procesos necesarios en coordinación con la SDAT y el OIC.

3.4 Con el objetivo de homologar las actividades para la implementación, mejora y actualización del control interno de la APE, la SDAT será la encargada de emitir los documentos normativos, técnicos y administrativos que deberán utilizar las dependencias y entidades para realizar dicho ejercicio.

3.5 Las dependencias y entidades de la APE que requieran el uso de expertos externos para realizar cualquiera de las actividades señaladas en el presente Manual, o que su intención sea fortalecer, actualizar o modificar cualquiera de los componentes, principios y puntos de interés del control interno de la institución, previo a su licitación, deberán solicitar el apoyo de la SDAT, con la finalidad de asegurar la calidad de los servicios y el correcto uso de los recursos públicos en estos rubros.

3.6 Para tal efecto, la SDAT deberá analizará la justificación y los detalles técnicos de los servicios que requiere las dependencias y entidades y emitir un oficio de autorización, en su caso, con las observaciones y recomendaciones que la instancia deberá considerar para la licitación de los servicios. Asimismo,



durante la realización de los trabajos o a su entrega, la SDAT podrá verificar que los productos entregados por los proveedores sean de conformidad a las especificaciones técnicas licitadas y cumpla su objetivo respecto al fortalecimiento, actualización o modificación del control interno.

3.7 En el mes de enero de cada año, durante la última sesión anual del COCODI, se deberá presentar y autorizar el Plan Anual de Trabajo de Control Interno del año corriente en donde se especifiquen los responsables, fechas, periodos de trabajo y detalles que se deberán poner en marcha para la aplicación del presente documento. El Plan Anual de Trabajo de Control Interno deberá ser autorizado y firmado por los miembros propietarios e integrantes permanentes del COCODI, así como por el Titular de la SDAT.

4. DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y LA UNIDAD ESPECIALIZADA.

4.1 El Titular de la Institución designará, mediante oficio dirigido al Titular de la Secretaría de la Contraloría General con copia a la SDAT, a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno para asistirlo en la aplicación y seguimiento del presente Manual. El nombramiento recaerá preferentemente en el Titular de la Unidad Administrativa.

4.2 La Unidad Especializada a la que hace referencia el numeral del MECI estará a cargo del Coordinador de Control Interno. El personal de la Unidad Especializada deberá contar con experiencia y conocimientos técnicos para apoyar al Titular de la Institución y al Coordinador a la supervisión, coordinación, integración y seguimiento de las actividades e informes para la implementación, mejora y actualización del control interno.

4.3 La Unidad Especializada se integrará de un Enlace de Riesgos y un Enlace de COCODI sin que esto limite la estructura operativa para sus responsabilidades. Los enlaces deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior al del coordinador y deberán ser nombrados por el Titular de la institución mediante oficio dirigido a la SDAT y al OIC.

5. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.

5.1 La Secretaría por sí o a través de los OIC y los y Comisarios Públicos, conforme a sus respectivas atribuciones, son responsables de vigilar la implementación y aplicación adecuada del presente Manual; adicionalmente, los OIC en coordinación con la SDAT, en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los **Titulares** y demás servidores públicos de la Institución para la implementación de su SCII. En caso que las actividades o la normatividad en materia de control interno requieran ser clarificadas o interpretadas, las dependencias, entidades y OIC deberán solicitar asesoría a la SDAT con la finalidad de homologar los criterios de aplicación en las instancias del Gobierno del Estado.

TÍTULO SEGUNDO

AUTOEVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I

RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

6. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.

6.1 El Titular o, en su caso, el órgano de gobierno es responsable de supervisar el funcionamiento del control interno, a través de la administración y las instancias especializadas que establezca para tal efecto,



así mismo todos los demás servidores públicos que formen parte de la institución son responsables en el ámbito de su competencia, por lo que deberán cumplir con las siguientes funciones:

I. Genéricas:

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

- a. Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias, riesgos y actualizaciones que identifiquen en los procesos que participan y de los que son responsables, y
- b. Participar en la evaluación del SCII verificando el cumplimiento de los Componentes, Principios y Puntos de Interés así como proponer acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas.

II. Del Titular y la Administración de la Institución:

- a. Determinar el objetivo, metas, misión y visión 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 su alineación con 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. Establecer y mantener un SCII apropiado, operando y actualizado conforme a las Componentes de Control Interno, sus principios y puntos de interés; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
- c. El Titular promoverá que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;
- d. Verificarán que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;
- e. El Titular aprobará el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
- f. El Titular aprobará la metodología para la administración de riesgos.
- g. El Titular instruirá y supervisará que las unidades administrativas, el Coordinador de Control Interno y, en su caso la Unidad Especializada administre y apruebe el proceso de administración de riesgos institucional su metodología.
- h. El Titular instruirá a los titulares de las unidades administrativas que identifiquen los procesos con posibles riesgos de corrupción y analicen en coordinación con el OIC y la SDAT la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. Del Coordinador de Control Interno:

- En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a. Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución, el OIC y la SDAT en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;
- b. Acordar con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del MECI;
- c. Coordinar la aplicación de la autoevaluación del SCII en los procesos prioritarios de la institución;
- d. Revisar con el OIC y presentar para aprobación del Titular de la Institución el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

- En la Administración de Riesgos:

- e. Acordar con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo aquellos que pudieran derivar actos de corrupción, en su caso;



así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;

- f. Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión. En caso de que la metodología instituida contenga etapas o actividades adicionales a las establecidas en las Disposiciones, se deberá informar por escrito a la SDAT.
 - g. Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular del OIC y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, para la autorización del Titular, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;
 - h. Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente con apego a lo establecido en las presentes Disposiciones y a su vez sea el canal de comunicación e interacción con el Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos;
 - i. Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.
 - j. Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
 - k. Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
 - l. Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR Institucionales, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas;
 - m. Comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR Institucionales determinados en el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.
 - n. Verificar que se registren en el Sistema Informático los reportes de avances trimestrales del PTAR.
- En el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI):
- o. Determinar, conjuntamente con el Presidente y el Vocal Ejecutivo, los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y reflejarlos en la Orden del Día; así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
 - p. Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y completa, e instruir al Enlace del Comité sobre la conformación de la carpeta electrónica, en los 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.
 - q. Solicitar al Enlace del Comité que incorpore al sistema informático la información que compete a las unidades administrativas de la Institución, para la conformación de la carpeta electrónica, a más tardar 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

IV. De la Unidad Especializada del Sistema de Control Interno Institucional:

- a. Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;
- b. Proponer las áreas administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;
- c. Dar seguimiento a la instrumentación de acciones y controles, 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 los Componentes, 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
- g. de Control Interno;



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

IV.a. Del Enlace de Administración de Riesgos:

- a. Ser el canal de comunicación e interacción con el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas responsables de la administración de riesgos;
- b. Informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;
- c. Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos institucionales de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
- d. Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
- e. Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avance Trimestral;
- f. 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.
- g. Incorporar en el Sistema Informático la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

IV.b. Del Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI):

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

V. Del Órgano Interno de Control (OIC):

- En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a. Asesorar y apoyar a la Institución de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;
- b. Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, se cumplan en tiempo y forma;

- En la Administración de Riesgos:

- c. Apoyar a la Institución de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos;
- d. Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, y que las mismas se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos;
- e. Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya el Enlace de Administración de Riesgos;
- f. Evaluar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y



- g. Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

CAPÍTULO II

AUTOEVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SECCIÓN I.

AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.

7. DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL SCII.

7.1 Las dependencias y entidades deberán auto-evaluar (evaluación) anualmente en el mes de noviembre de cada ejercicio su SCII. El SCII será evaluado por los servidores públicos responsables de las áreas de mayor riesgo o los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de sus cinco Componentes, 17 principios y puntos de interés, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten. Dichas consideraciones y actividades podrán variar o modificarse de acuerdo con los criterios que determine la SDAT, o a solicitud del Coordinador de la instancia si la SDAT considera suficientes y correctos los motivos con los que sustenta.

7.2 Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los puntos de interés de por lo menos cinco procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) y como máximo los que determine la institución conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

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

7.4 Se podrá seleccionar cualquier proceso prioritario (sustantivo y administrativo), utilizando alguno o varios de los siguientes criterios:

- a. Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo y programas sectoriales, regionales, institucionales, especiales y/o transversales.
- b. Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Institución.
- c. Genera beneficios a la población (mayor rentabilidad social) o están relacionados con la entrega de subsidios.
- d. Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al ciudadano, en especial permisos, licencias y concesiones.
- e. Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.
- f. Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.
- g. Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.
- h. Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

7.5 La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de los cinco Componentes y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes puntos de interés a través de los cuestionarios que emita la SDAT.



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

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

8. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES.

8.1 Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, el Coordinador de Control Interno podrá incorporar en la evaluación del SCII e implementación de los 17 Principios y puntos de interés adicionales a los descritos en el MECl, los cuales deberán basarse en los específicos detallados.

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

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

Sección II.

Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional.

9. DE SU PRESENTACIÓN.

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

- a. Al Titular del OEC, con copia al Titular de la SDAT y del OIC, a más tardar el 31 de enero de cada año;
- b. Al Comité en la primera sesión ordinaria, y
- c. Al Órgano de Gobierno, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

9.2 El Informe Anual se integrará con los siguientes apartados:

- I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:
 - a. Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno;
 - b. Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno;
 - c. Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de control interno, y
 - d. Debilidades o áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional;



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

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

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

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

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

Sección III.

Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno.

11. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.

11.1 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.

11.2 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 el seguimiento o las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCI.

11.3 La evidencia documental y/o electrónica suficiente que acredite la implementación de las acciones de mejora y/o avances reportados sobre el cumplimiento del PTCI, deberá ser resguardada por los servidores públicos responsables de su implementación y estará a disposición de las instancias fiscalizadoras.

12. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.

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

13. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.



- I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente al Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:
 - a. Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;
 - b. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, según corresponda;
 - c. Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno; y
 - d. Firma del Coordinador de Control Interno.

- II. El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:
 - a. Al Titular del OIC, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación, y
 - b. Al Comité u Órgano de Gobierno, a través del Sistema Informático, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

14. INFORME DE EVALUACIÓN DEL OIC AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

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

- I. Al Titular de la Institución y al Coordinador de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCI, y
- II. Al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

Sección IV.

Evaluación del OIC al Informe Anual y PTCI.

15. INFORME DE RESULTADOS.

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

- I. Al Titular de la Institución y al Titular del OEC, a más tardar el último día hábil del mes de febrero, y
- II. Al Comité o, en su caso, al Órgano de Gobierno, en su primera sesión ordinaria.

16. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.



16.1 El Informe de Resultados de la evaluación del Titular del OIC deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

- I. La evaluación aplicada por la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;
- II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado;
- III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCl con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;
- IV. Conclusiones y recomendaciones.

16.2 Los servidores públicos responsables de las Unidades Administrativas y/o procesos de la institución deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el OIC, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

**TÍTULO TERCERO.
DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
CAPÍTULO I
METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

17. INICIO DEL PROCESO

17.1 El proceso de administración de riesgos deberá ser un proceso continuo, con un corte anual que se realizará a más tardar en el último trimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, el Titular del OIC, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

18. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA

18.1 La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente numeral deberá tomarse como base para la metodología específica que establezca la SDAT y el OIC, misma que deberá ser del conocimiento del Titular de la Institución y documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos.

I. Comunicación y Consulta

18.2 Se realizará conforme a lo siguiente:

- a. Considerar el plan estratégico institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Institución como los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos, y
- b. Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento.
- c. Identificar los procesos susceptibles a riesgos que puedan convertirse en actos de corrupción.



18.3 Lo anterior debe tener como propósito:

1. Establecer un ambiente de control apropiado;
2. Asegurar que los objetivos, metas y procesos de la Institución sean comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;
3. Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y
4. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la institución para el adecuado análisis de los riesgos.

II. Ambiente de Control

18.4 Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

- a. Describir el entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad, según sea el caso, de la Institución, a nivel internacional, nacional y regional.
- b. Describir las situaciones intrínsecas a la Institución relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos y estrategias, recursos humanos, materiales y financieros, programas presupuestarios y la evaluación de su desempeño, así como su capacidad tecnológica bajo las cuales se pueden identificar sus fortalezas y debilidades para responder a los riesgos que sean identificados.
- c. Identificar, seleccionar y agrupar los enunciados definidos como supuestos en los procesos de la Institución, a fin de contar con un conjunto sistemático de eventos adversos de realización incierta que tienen el potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este conjunto deberá utilizarse como referencia en la identificación y definición de los riesgos.
- d. Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales.

III. Evaluación de Riesgo

18.5 Se realizará conforme a lo siguiente:

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

Algunas de las técnicas que se podrán utilizar en la identificación de los riesgos son: talleres de autoevaluación; mapeo de procesos; análisis del entorno; lluvia de ideas; entrevistas; análisis de indicadores de gestión, desempeño o de riesgos; cuestionarios; análisis comparativo y registros de riesgos materializados dependiendo el tipo de riesgo que se quiera identificar y analizar (estratégico, operativo o tecnológico).

En la descripción de los riesgos se deberá considerar la siguiente estructura general: sustantivo, verbo en participio y, adjetivo o adverbio o complemento circunstancial negativo. Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.



- b. Nivel de decisión del riesgo.** Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo a lo siguiente:
- Estratégico: Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales.
 - Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la institución,
 - Operativo: Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución.
- c. Clasificación de 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: estratégico, operativo o tecnológico.
- d. Factores de riesgo.** Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:
- Humano: Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.
 - Financiero Presupuestal: Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.
 - Técnico-Administrativo: Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.
 - **TIC's:** Se relacionan con las tecnologías de la información, sistemas automatizados;
 - **Material:** Se refieren a la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.
 - **Normativo:** Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos.
 - **Entorno:** Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.
- e. Tipo de factor de riesgo:** Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:
- Interno: Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización;
 - Externo: Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.
- f. 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 inicial de efectos.** 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 inicial ocurrencia. 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.
9		Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%.
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta.
7		Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media.
5		Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja.
3		Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja.
1		Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.

18.6 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

18.7 La evaluación de controles se realiza para identificar su relevancia, eficacia e idoneidad considerando su diseño, implementación y costo-beneficio respecto al grado de respuesta para prevenir o detectar los riesgos que se asocia y a los objetivos relacionados. Para evaluar los controles se deberán considerar lo siguiente:



- a. Identificar los controles existentes en los procesos seleccionados o, en su caso, para cada uno del riesgo identificado.
- 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 o detectivo, así como manual, automático o híbrido
- d. Identificar en los controles lo siguiente:
 - **Deficiencia:** Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:
 - Está documentado: Que se encuentra descrito en el manual de procedimientos.
 - Está formalizado: Se encuentra autorizado por servidor público facultado.
 - Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control, y
 - Es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia. El dueño del proceso, junto con el OIC evalúan la idoneidad del control para administrar los riesgos considerando el grado de respuesta al riesgo para prevenir o detectar y de su costo-beneficio.
 - **Suficiencia:** Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y el control administra adecuadamente cada factor de riesgo al que se asocia.
- e. Determinar si el riesgo está controlado suficientemente, cuando todos sus factores cuentan con controles suficientes.

V. Evaluación de Riesgos Respecto a Controles

18.8 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. Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial. La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;
- b. 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
- c. 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.
- d. Para la valoración del impacto y de la probabilidad de ocurrencia antes y después de la evaluación de controles, las Instituciones podrán utilizar metodologías, modelos y/o teorías basados en cálculos matemáticos, tales como puntajes ponderados, cálculos de preferencias, proceso de jerarquía analítica y modelos probabilísticos, entre otros.

VI. Mapa de Riesgos

18.9 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:

- a. **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;
- b. **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;
- c. **Cuadrante III. Riesgos Controlados.**- Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes, y
- d. **Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento.**- Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

VII. Actividades de Control

18.10 Se realizará considerando lo siguiente:

- a. Las actividades de control constituirán las acciones 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 administración de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:
 1. **Evitar.**- 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. **Mitigar.**- Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.
 3. **Asumir.**- 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** .- Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:
 - **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.
 - **Aseguramiento:** Significa pagar una prima (el precio del **seguro**) para que en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

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

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



5. **Compartir el riesgo.**- Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes unidades administrativas de la institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.
- b. Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, las cuales se incorporarán en el PTAR.
- c. Para los riesgos de corrupción que hayan identificado las instituciones, éstas deberán contemplar solamente las estrategias de evitar y reducir el riesgo, toda vez que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, en tanto que lesionan la imagen, la credibilidad y la transparencia de las Instituciones.
- d.

CAPÍTULO II RIESGOS DE CORRUPCIÓN

19. DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN

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

- a. Comunicación y Consulta. Para la identificación de los riesgos que pudieran derivar en actos 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.
- b. Contexto. Para el caso de los riesgos que pudieran derivar en actos 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.
- c. Evaluación de Riesgos Respecto a Controles. Tratándose de los riesgos de corrupción no se tendrán en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidas en el inciso g) de la etapa de Evaluación de Riesgos, debido a que serán de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la institución, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

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

20. TOLERANCIA AL RIESGO

20.01 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.

20.02 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.

21. SERVICIOS TERCERIZADOS

21.01 La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la institución, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará 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.

21.02 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 III SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

22. PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

22.01 Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, debidamente firmado por el Titular de la Institución, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

- a) Los riesgos;
- b) Los factores de riesgo;
- c) Las estrategias para administrar los riesgos, y
- d) Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar:
 - ■ Unidad administrativa;
 - ■ Responsable de su implementación;
 - ■ Las fechas de inicio y término, y
 - ■ Medios de verificación.

23. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR

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

- a. Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y el porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;



- b. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda;
- c. Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
- d. Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.
- e. El Coordinador de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR:
- f. Al Titular del OIC, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y
- g. Al Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda, a través del Sistema Informático, en las sesiones ordinarias como sigue:
 - 1. Reporte de Avances del primer trimestre en la segunda sesión;
 - 2. Reporte de Avances del segundo trimestre en la tercera sesión;
 - 3. Reporte de Avances del tercer trimestre en la cuarta sesión, y
 - 4. Reporte de Avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.
 - 5.

24. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR

24.01 La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por los servidores públicos responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional y deberá ponerse a disposición de los órganos fiscalizadores, a través del Enlace de Administración de Riesgos.

25. INFORME DE EVALUACIÓN DEL OIC AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR

25.01 El Titular del OIC presentará en las sesiones ordinarias del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, como sigue:

- I. Al Titular de la Institución, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTAR, y
- II. Al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, a través del Sistema Informático, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

26. DEL REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS

26.01 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.

26.02 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.



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

TÍTULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL
CAPÍTULO I
DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ

27. DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ

27.01 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 PTCL 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;
- 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

28. . DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.

28.01 Todas las Instituciones constituirán un Comité, que será encabezado por su Titular y el Titular del OIC, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

- I. **El Presidente:** Titular de la Institución.
- II. **El Vocal Ejecutivo:** Titular del OIC.
- III. **Vocales:**
 - a) **En las dependencias:**
 1. El Titular de la Dirección General de Programación y Presupuesto o equivalente.
 2. El Titular del Área de Finanzas o su equivalente.
 3. El Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos o equivalente.
 4. El Titular de la Dirección General de Tecnologías de Información o equivalente



5. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).
- b) En las entidades:**
1. **Entidades Sectorizadas:**
 - a) Un representante de la Coordinadora Sectorial.
 - b) El Titular del Área Jurídica o equivalente.
 - c) El Titular del Área de Tecnologías de la Información de la entidad, en caso de no contar con esta figura, un representante de la Dirección General de Tecnologías de la Información o equivalente de la Coordinadora Sectorial.
 - d) El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).
 2. **Entidades No Sectorizadas:**
 - a) El Titular del área responsable de programación y presupuesto o equivalente.
 - b) El Titular del Área Jurídica o equivalente.
 - c) El Titular del Área de Tecnologías de la Información de la entidad o equivalente.
 - d) El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).
 - e) El Titular del Área de Finanzas o su equivalente.
- c) En los órganos administrativos desconcentrados:**
1. El representante de la dependencia a la que estén adscritos.
 2. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).

28.02 Los representantes de la coordinadora sectorial en las entidades y de la dependencia a la que están adscritos los órganos administrativos desconcentrados, deberán corresponder a un nivel jerárquico mínimo de Director General Adjunto o equivalente y tener el conocimiento sobre los temas de la Institución, así como capacidad de decisión sobre los asuntos que se presenten en el Comité, condiciones que el Presidente y Vocal Ejecutivo del Comité deberán verificar su cumplimiento.

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

29. . DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA

29.01 El Delegado y/o Subdelegado o, en su caso, el Comisario Público Propietario y/o Suplente del sector correspondiente participará en el Comité en calidad de Órgano de Vigilancia de la Institución, como sigue:

- a) **En las dependencias y órganos administrativos desconcentrados:** El Delegado y/o Subdelegado del sector correspondiente, y
- b) **En las entidades sectorizadas y no sectorizadas:** El Comisario Público Propietario y/o Suplente del sector correspondiente.

30. . DE LOS INVITADOS

30.01 Se podrán incorporar al Comité como invitados:

- a) Los responsables de las áreas de la Institución competentes de los asuntos a tratar en la sesión;



- b) Los servidores públicos de la APE, internos o externos a la Institución que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución;
- c) Personas externas a la APE, expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del Presidente;
- d) El auditor externo;
- e) El Titular del órgano administrativo desconcentrado, en las sesiones del Comité de la dependencia a la que se encuentra jerárquicamente subordinado, en caso de que los temas a que se refieren las presentes Disposiciones, sean tratados en el COCODI de dicha dependencia.
- f) El representante de la SDAT, designado por su Titular, y
- g) Los Enlaces del Sistema de Control Interno, de Administración de Riesgos y del Comité.

30.02 Los invitados señalados en el presente numeral, participarán en el Comité con voz pero sin voto, quienes podrán proponer a consideración del Comité, riesgos que pudieran derivar en actos de corrupción, los cuales no están reflejados en la Matriz de Administración Riesgos, a través de la Cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su atención oportuna.

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

31. DE LOS SUPLENTES

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

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

CAPÍTULO III ATRIBUCIONES DEL COMITÉ Y FUNCIONES DE LOS MIEMBROS

32. De las atribuciones del Comité.

32.01 El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Aprobar el Orden del Día;
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:
 - a) El Informe Anual;
 - b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento;
 - c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados del Titular del OIC derivado de la evaluación del Informe Anual, y
 - d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia;
- III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:
 - a) La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;
 - b) El Reporte de Avances Trimestral del PTAR;
 - c) El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y



- d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por el OIC o por otras instancias externas de fiscalización.
- IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño institucional, particularmente con respecto a:
 - a) El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero;
 - b) La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados, y
 - c) La revisión del cumplimiento de los programas, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.
- V. Aprobar acuerdos para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés por conductas contrarias al Código de Ética, las Reglas de Integridad y al Código de Conducta;
- VI. Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la Institución, que elaboren los Delegados para las dependencias y órganos administrativos desconcentrados, así como de la MIR de los programas presupuestarios responsabilidad de la institución, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan;
- VII. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;
- VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
- IX. Ratificar las actas de las sesiones, y
- X. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

33. . De las funciones del Presidente del Comité

33.01 El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

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

34. De las funciones de los miembros propietarios

34.01 Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

- I. Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité;
- II. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité;
- III. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité;



- IV. Proponer la participación de invitados externos a la APE;
- V. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
- VI. Analizar la carpeta electrónica de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos;
- VII Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional, a través de la Cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su oportuna atención.

35. . De las funciones del Vocal Ejecutivo

El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

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

36. De las funciones del Órgano de Vigilancia

36.01 Son funciones del Órgano Interno de Control:

- I. Participar con voz, pero sin voto, en las sesiones;
- II. Promover la atención de los acuerdos del Comité, ante las instancias que correspondan;
- III. Comunicar, en su caso, al Presidente y/o Vocal Ejecutivo las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, cuando en el desempeño de sus funciones así lo estime pertinente;
- IV. En cuanto a las dependencias y órganos administrativos desconcentrados, el Delegado, presentará en la segunda sesión ordinaria del Comité el reporte del análisis del desempeño de la Institución (19 fracciones I, II y III del Reglamento Interior de la Secretaría, correspondiente a los Órganos Internos de Control, ya que actualmente no se cuenta con delegados)
- V. Vigilar el cumplimiento de lo establecido en el Título Cuarto de las presentes Disposiciones. Las funciones enunciadas en este numeral, se entenderán conferidas al Comisario Público, en el marco de las presentes Disposiciones y serán complementarias a las señaladas en la Ley de Entidades Paraestatales del estado de Sonora y sólo respecto a este último en el caso del Delegado.

CAPÍTULO IV POLÍTICAS DE OPERACIÓN SECCIÓN I. DE LAS SESIONES.

37. . Del tipo de sesiones y periodicidad



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

37.02 Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del trimestre posterior al que se reporta, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de cada trimestre del ejercicio, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones; en el caso de los órganos administrativos desconcentrados y de las entidades, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del órgano de gobierno, Comisiones Internas de Administración o equivalente, según corresponda.

38. . De las convocatorias

38.01 La convocatoria y la propuesta del Orden del Día, deberá ser enviada por el Vocal Ejecutivo a los miembros e invitados, con cinco días hábiles de anticipación para sesiones ordinarias y de dos días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la disponibilidad de la carpeta electrónica en el Sistema Informático.

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

39. Del calendario de sesiones

39.01 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.

39.02 Los órganos administrativos desconcentrados y las entidades deberán programar sus sesiones, cuando menos con 15 días de anticipación a la celebración de las correspondientes a su Órgano de Gobierno, Comisiones Internas de Administración o equivalente, según corresponda.

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

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

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

41. . Del quórum legal

41.01 El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participen el Presidente o el Presidente suplente y el Vocal Ejecutivo o el Vocal Ejecutivo suplente.

41.02 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.



42. . De la Orden del Día.

42.01 En el Comité se analizarán los temas, programas o procesos que presenten retrasos en relación con lo programado al trimestre que se informa, derivados de los resultados presupuestarios, financieros, operativos y administrativos; a efecto de determinar los acuerdos que consignent 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.

42.02 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. Temas a Presentar.** La SDAT en conjunto con el Coordinador, determinarán los rubros que serán tratados en el Comité, cuidando la naturaleza del mismo en materia de control, auditoría, fiscalización, transparencia e integridad procurando promover la prevención.
- V. Asuntos Generales.
En este apartado se presentarán las dificultades o situaciones que causan problemas para ser analizadas e identificar las debilidades de control interno o riesgos, mismos que deberán ser revisados y tratados en la siguiente sesión del Comité.
- VI. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.
A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus miembros, invitados o el Órgano de Vigilancia, podrán solicitar se incorporen a la Orden del Día asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

SECCIÓN III DE LOS ACUERDOS

43. . Requisitos de los acuerdos

43.01 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.

43.02 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.



44. . Envío de acuerdos para su atención

44.01 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.

45. . Acuerdos relevantes del conocimiento de instancias superiores

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

46. . Reprogramación de atención de acuerdos

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

SECCIÓN IV DE LAS ACTAS

47. . Requisitos del acta

47.01 Por cada sesión del Comité se levantará un acta que será foliada y contendrá al menos lo siguiente:

- I. Nombres y cargos de los asistentes;
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- III. Acuerdos aprobados, y
- IV. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión, de los Delegados y/o Comisarios Públicos según corresponda, y del representante de la SDAT. Los invitados de la Institución que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

48. . Elaboración del acta y de su revisión

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

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

SECCIÓN V DEL SISTEMA INFORMÁTICO

49. . De la carpeta electrónica de las sesiones



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

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

ARTÍCULO TERCERO.- Se establece el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, por lo que las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal deberán adoptar dentro de su Reglamento Interior las respectivas atribuciones así como en sus documentos administrativos para la implementación de los procesos con el objetivo de implantar un sistema de Control Interno eficaz y eficiente en todos los ámbitos y niveles.

ARTÍCULO CUARTO.- La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la Subsecretaría de Desarrollo Administrativo y Tecnológico.

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

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

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

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

TERCERO.- La SDAT informará a las instituciones y OIC sobre las herramientas que se desarrollen para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos de MEMICI, MAMICI y COCODI.

CUARTO.- Para el cumplimiento de lo establecido en el presente Acuerdo las instancias podrán utilizar recursos humanos, materiales y presupuestarios exclusivos a estas actividades o con los que disponga para la operación normal siempre y cuando reúnan las características o perfiles que establezca la SDAT y el OIC.

Sonora, cinco de Octubre de dos mil diecisiete.- Miguel Ángel Murillo Aispuro, Secretario de la Contraloría General del Estado de Sonora.- Rúbrica
