PERIÓDICO OFICIAL

ÓRGANO DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE TAMAULIPAS

Periódico Oficial del Estado	**RESPONSABLE**	Registro Postal publicación periódica
TAMAULIPAS	SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO	PP28-0009 AUTORIZADO POR SEPOMEX

TOMO CXLII	Victoria, Tam., martes 30 de mayo de 2017.	Anexo al Número 64

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y del Nonagésimo Sexto Aniversario de la Constitución Política Local"

GOBIERNO DEL ESTADO

PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA GENERAL

CONTRALORÍA GUBERNAMENTAL

ACUERDO que establece las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública que deberán ser observadas por los servidores de todas las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo del Estado de Tamaulipas, la Guía para elaborar el Código de Conducta y las Bases para la Evaluación del Cumplimiento y Desempeño de los Comités de Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés de las Dependencias y Entidades…….. 2

LINEAMIENTOS para la Operación del Comité de Ética, Conducta y Conflictos de Interés, para la Aplicación del Código de Conducta de las Dependencias y Entidades del Gobierno del Estado de Tamaulipas…… 13

ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno del Estado de Tamaulipas…….... 18

Recibida la pregunta, inquietudes y/o solicitud de orientación, se turnará al Comité de Ética para que sesión Ordinaria o Extraordinaria, según sea el caso, se analice y se tomen los acuerdos respectivos para emitir las recomendaciones necesarias.

Las recomendaciones serán en el sentido preventivo y se comunicarán al superior jerárquico del Servidor Público involucrado para que tome las medidas necesarias a modo de la conducta riesgosa detectada a través de las preguntas, inquietudes y/o solicitudes de orientación.

CAPÍTULO VII
DE LAS QUEJAS Y DENUNCIAS

Artículo 23. Las quejas y denuncias que se presenten ante el Comité con motivo de la inobservancia de los Códigos de Ética, Conducta y Prevención de Conflictos de Interés y Reglas de Integridad, serán recibidas, registradas y analizadas a fin de realizar un estudio previo y emitir una opinión para ser turnada al Órgano de Control interno correspondiente para que determine su procedencia e inicie, en su caso el procedimiento correspondiente.

CAPÍTULO VIII
DE LA CONFIDENCIALIDAD

Artículo 24. Los integrantes del Comité se obligan a guardar el debido secreto y diligencia profesional sobre la información, circunstancias, manifestaciones, así como de las diversas actuaciones realizadas dentro del Comité; tampoco podrán utilizar la información en beneficio propio o intereses ajenos, aun cuando haya concluido su participación en el Comité.

CAPÍTULO IX
DE LAS MODIFICACIONES A LOS LINEAMIENTOS

Artículo 25. Todas las propuestas de modificación a los presentes Lineamientos, deberán ser remitidas al Comité, para efectos de su estudio y en su caso aprobación.

Solo podrán ser modificados con la aprobación de la mayoría de los integrantes del Comité con derecho a voto.

T R A N S I T O R I O S

Primero. Publíquense los presentes Lineamientos en el Periódico Oficial del Estado de Tamaulipas.

Segundo. Los presentes Lineamientos entraran en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Estado. .

Cd. Victoria, Tamaulipas. 29 de mayo de 2017.

ATENTAMENTE.- **CONTRALOR GUBERNAMENTAL**.- **MARIO SORIA LANDERO**.- Rúbrica.

MARIO SORIA LANDERO, Contralor Gubernamental del Estado de Tamaulipas, en ejercicio de las facultades que al suscrito confieren los artículos 1, 3, 14 y 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tamaulipas y 7 Frac. I del Reglamento Interior de la Contraloría Gubernamental de Tamaulipas:

CONSIDERANDO

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

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.

Que el día 23 de enero de 2014, se publicó en el Periódico Oficial del Estado de Tamaulipas, el Acuerdo mediante el cual se Establecen las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal (NGCI-APE) como parte de las acciones instrumentadas en el Estado de Tamaulipas para estandarizar bajo criterios de simplificación administrativa, las disposiciones, políticas o estrategias, acciones o criterios y los procedimientos internos que en materia de control interno, se deberán observar en el ámbito de la Administración Pública Estatal y se regula la implementación del modelo estándar de control interno y la metodología general de administración de riesgos, 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.

Durante la quinta reunión plenaria del SNF celebrada en 2014, se publicó el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI), basado en el Marco COSO 2013, y posteriormente en noviembre de 2015 se presentó una adaptación del mismo el cual lleva por nombre Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI) que funge como un modelo general de control interno, para ser adoptado y adaptado por las instituciones, en el Ámbito Estatal y Municipal, mediante la expedición de los decretos correspondientes.

Que derivado de este supuesto, se revisó el marco normativo aplicable en materia de control interno a la APE, con objeto de identificar áreas de oportunidad e integrar las propuestas realizadas por las instituciones de la APE, originadas en un ejercicio de apertura y de consulta para redefinir el esquema de la evaluación del control interno y fortalecer el proceso de administración de riesgos; así como lo adaptable del Marco Estatal Integrado de Control Interno.

Que contar con un Sistema de Control Interno efectivo en las instituciones de la Administración Pública Estatal promueve la consecución de sus metas y objetivos, así como una eficiente administración de sus riesgos y su seguimiento, propiciando reducir la probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad, asegurar el comportamiento ético de los servidores públicos, considerar la integración de las tecnologías de información en el control interno y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

Que de conformidad con las mejores prácticas internacionales en materia de control interno, la implementación, mantenimiento y actualización del sistema de control interno son responsabilidad del titular de la institución y, en su caso del Órgano de Gobierno, quien las cumple con la contribución de la Administración y del resto del personal; así como, con la asesoría, apoyo y vigilancia del Órgano Interno de Control para mantener el sistema de control interno de la institución operando y en un proceso de evaluación, fortalecimiento y mejora continua.

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

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

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

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

DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO
TÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES
CAPÍTULO I

Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones

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

Los Titulares y, en su caso, el Órgano de Gobierno, así como los demás servidores públicos de las dependencias y entidades que integran la Administración Pública Estatal, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal, los Lineamientos del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el sector público y como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

2. DEFINICIONES.

Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

I. **Acción (es) de control**: las actividades determinadas e implantadas por los Titulares de las instituciones y demás servidores públicos de las Instituciones para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;

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

III. **Administración**: los servidores públicos de mandos superiores y medios diferentes al Titular de la institución;

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

V. **APE**: Administración Pública Estatal;

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

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

VIII. **Carpeta electrónica**: la aplicación informática que contiene la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos;

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

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

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

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

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

XIV. **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;

XV. **Dependencias**: Las referidas en el artículo 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tamaulipas.

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

XVII. **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;

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

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

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

XXI. **Entidades**: Las referidas en el artículo 2 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Tamaulipas.

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

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

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

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

XXVI. **Informe Anual**: el Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional;

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

XXVIII. **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;

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

XXX. **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 riegos;

XXXI. **MEMICI**: Modelo Estatal del Marco Integral de Control Interno aplicable a los tres órdenes de gobierno del estado mexicano;

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

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

XXXIV. **Modelo Estándar de Control Interno**: al conjunto de normas generales de control interno y sus principios y elementos de control, los niveles de responsabilidad de control interno, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al sistema de control interno institucional;

XXXV. **Objetivos institucionales:** Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Estatal de Desarrollo, Ley de Planeación Estatal, en particular de los programas sectoriales, institucionales y especiales, según corresponda;

XXXVI. **Órgano Fiscalizador**: Órgano de Control Interno o Comisario del Órgano Estatal de Control.

XXXVII. **Órgano de Gobierno**: el cuerpo colegiado de la administración de las entidades de conformidad con el artículo 6 y 13 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Tamaulipas.

XXXVIII. **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.

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

XL. **Procesos sustantivos**: aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la institución, es decir, con el cumplimiento de su misión.

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

XLII. **PTAR**: el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

XLIII. **PTCI**: el Programa de Trabajo de Control Interno;

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

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

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

XLVII. **SEMG:** Subcontraloría de Evaluación y Mejora de la Gestión.

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

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

L. **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;

LI. **Sistema Informático**: la herramienta electrónica administrada por la Subcontraloría de Evaluación y Mejora de la Gestión para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones;

LII. **TIC´s**: las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;

LIII. **Titular de Órgano Estatal de Control:** Servidor Público a cargo de la Contraloría Gubernamental del Estado de Tamaulipas responsable del Control Interno;

LIV. **Unidades administrativas**: las comprendidas en el reglamento interior, estatuto orgánico y/o estructura orgánica básica de una Institución, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente;

CAPÍTULO II
Responsables de su Aplicación y Vigilancia

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

Como se menciona en el capítulo II de las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal, será responsabilidad del Órgano de Gobierno, del Titular y demás servidores públicos de la Institución, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno Institucional, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; además de instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de las presentes Disposiciones.

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

4. DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES.

El Titular de la Institución designará mediante oficio dirigido al Titular del Órgano Estatal de Control del Estado de Tamaulipas a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones, el nombramiento recaerá preferentemente en la Dirección Administrativa o su equivalente.

El Coordinador de Control Interno designará a un Enlace, mediante oficio dirigido al Titular de la Subcontraloría de Evaluación y Mejora de la Gestión(SEMG) para cada uno de los procesos contemplados en este instrumento, quienes deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste; se podrá nombrar a un servidor público como Enlace en más de un proceso, pero al menos deberán designarse dos enlaces para la totalidad de los procesos.

En los oficios de designación y sustitución, se deberá marcar copia al Titular del Órgano Fiscalizador, con el propósito de que éste solicite la baja y alta para los designados de claves de acceso al sistema informático. Los cambios en las designaciones anteriores se informarán de la misma forma, dentro de los 10 días hábiles posteriores a que se efectúen.

5. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.

El Órgano Estatal de Control por sí o a través de los Órganos Fiscalizadores, conforme a sus respectivas atribuciones, serán responsables de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las Disposiciones; adicionalmente, los Órganos Fiscalizadores, en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para la implementación de su SCII.

CAPÍTULO III
Uso de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

6. DE LAS CUENTAS DE CORREO ESTANDARIZADAS.

El Coordinador de Control Interno y los Enlaces gestionarán a través de la Subsecretaría de Innovación y Tecnologías de la Información, la creación y asignación de cuentas de correo estandarizadas con el dominio del gobierno del Estado, su uso quedará bajo responsabilidad de los mismos, debiendo cumplir lo siguiente:

Designación	Correo electrónico estandarizado
Coordinador de Control Interno	coordinadorci(nombre dependencia)@
Enlace del SCII	enlaceci(nombre dependencia)@
Enlace de ARI	enlaceari(nombre dependencia)@

Las cuentas de correo estandarizadas son el medio oficial de comunicación del Órgano Estatal de Control**;** serán permanentes y transferibles a los servidores públicos que asuman cada designación; no deberán cancelarse y/o dar de baja, siendo responsabilidad del Coordinador de Control Interno y de cada Enlace, proveer lo necesario ante la Subsecretaría de Innovación y Tecnologías de la Información correspondiente para que las cuentas permanezcan activas.

7. DE LA SISTEMATIZACIÓN.

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

TÍTULO SEGUNDO
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I
Estructura del Modelo

8. CATEGORÍAS DEL OBJETIVO DEL CONTROL INTERNO.

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

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

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

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

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

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

El Control Interno de acuerdo a las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal, título segundo, capitulo II; y los Lineamientos del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el sector público, capítulo III, sección II y capítulo IV, se define como una estructura jerárquica de 5 componentes o normas, 17 principios y diversos puntos de interés relevantes.

CAPÍTULO II
Responsabilidades y funciones en el Sistema de Control Interno Institucional

10. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.

El control interno es responsabilidad del Titular de la institución, quien lo implementa con apoyo de la Administración (mandos superiores y medios) y del resto de los servidores públicos, quienes deberán cumplir, además de las señaladas en el capítulo III de las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal, con las siguientes funciones:

I. GENÉRICAS:

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

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

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

II. DEL TITULAR Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

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

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

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

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

e) El Titular aprobará el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;

f) El Titular vigilará la implementación de la metodología para la administración de riesgos, establecida en las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal.

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

h) El Titular instruirá a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución, el Órgano Fiscalizador y la SEMG, 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 Modelo Estándar de Control Interno;

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

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

En la Administración de Riesgos:

e) Acordar con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. DEL ENLACE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL:

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

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

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

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

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

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

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

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

V. DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas responsables de la administración de riesgos;

b) Informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;

c) Para tal efecto, se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que se encuentra disponible en el portal del Órgano Estatal de Control.

d) Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos institucionales de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

e) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;

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

g) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos de la institución, así como los determinados por el Órgano de Gobierno, según corresponda.

h) Incorporar en el Sistema Informático la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

VII. DEL ÓRGANO FISCALIZADOR:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

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

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

En la Administración de Riesgos:

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

d) Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos;

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

f) Evaluar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y

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

CAPÍTULO III
Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno

Sección I.
Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

11. DE LA EVALUACIÓN DEL SCII.

Además de lo establecido en las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal en su capítulo IV y los Lineamientos del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el sector público, capítulo III, sección III; el SCII deberá ser evaluado anualmente, por los servidores públicos responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las cinco Normas Generales de Control Interno, sus 17 Principios y elementos de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

COPIA

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

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

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

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

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

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

d) Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al ciudadano, en especial permisos, licencias y concesiones.

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

f) Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.

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

h) Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

La institución deberá elaborar y remitir, en el mes de noviembre de cada año, a la SEMG una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SCII, para ello podrá utilizar el siguiente formato:

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

La evaluación del SCII se realizará de acuerdo a lo establecido en el capítulo IV, sección II de las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal, identificando la implementación y operación de las cinco Normas Generales de Control Interno y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

PRIMERA. AMBIENTE DE CONTROL.

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

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

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

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

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

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

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

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

SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

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

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

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

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

TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CUARTA. INFORMAR Y COMUNICAR.

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

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

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

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

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

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

COPIA

QUINTA. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

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

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

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

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

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

12. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES.

Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, el Coordinador de Control Interno podrá incorporar en la evaluación del SCII e implementación de los 17 Principios, elementos de control adicionales a los descritos en el numeral anterior, los cuales deberán basarse en los específicos mencionados en el numeral 9 de las presentes Disposiciones, y detallados en los Lineamientos del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno.

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

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

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

13. DE SU PRESENTACIÓN.

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

I. Al Titular del Órgano Estatal de Control, con copia al Titular del Órgano Fiscalizador,

II. Al Órgano de Gobierno, en su caso.

14. DE LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN

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.

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

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

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

Sección III.
Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno.

16. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.

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

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

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

17. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.

El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por el Titular del Órgano Fiscalizador, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCI original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Institución.

18. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

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

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

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

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

d) Firma del Coordinador de Control Interno.

II. El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:

a) Al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación, y

b) Al Órgano de Gobierno en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaría.

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

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

I. Al Titular de la Institución y al Coordinador de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCI, y

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

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

20. INFORME DE RESULTADOS.

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

I. Al Titular de la Institución y al Titular del Órgano Estatal de Control, y

II. Al Órgano de Gobierno.

21. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.

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

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

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

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

IV. Conclusiones y recomendaciones.

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

TÍTULO TERCERO.
METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

CAPÍTULO I
Proceso de Administración de Riesgos

En complemento a lo establecido en las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal, título tercero, capitulo II se detalla lo siguiente:

22. INICIO DEL PROCESO.

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

23. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA.

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

I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

c) Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción.

Lo anterior debe tener como propósito:

1. Establecer un contexto apropiado;

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

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

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

II. CONTEXTO.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

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

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

III. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

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

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

- **Estratégico:** Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales.
- **Directivo:** Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la institución,
- **Operativo:** Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución.

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

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

- **Humano:** Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.
- **Financiero Presupuestal:** Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.
- **Técnico-Administrativo:** Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.
- **TIC´s:** Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados;
- **Material:** Se refieren a la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.
- **Normativo:** Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos.
- **Entorno:** Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

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

- **Interno:** Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización;
- **Externo:** Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.

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

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

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

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

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

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

IV. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

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

d) Identificar en los controles lo siguiente:

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

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

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

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

V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

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

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

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

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

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

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

VI. MAPA DE RIESGOS.

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

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

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

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

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

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

Se realizará considerando lo siguiente:

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

1. **Evitar el riesgo.-** Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que sí una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.
2. **Reducir el riesgo.-** Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.
3. **Asumir el riesgo.-** Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el *Cuadrante III, Riesgos Controlados* de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.

4. **Transferir el riesgo.-** Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:
   - **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.
   - **Aseguramiento:** Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

     Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible.
   - **Diversificación:** Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.
5. **Compartir el riesgo.-** Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes unidades administrativas de la institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

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

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

24. DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

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

COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

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

CONTEXTO.

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

EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

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

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

25. TOLERANCIA AL RIESGO.

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

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

26. SERVICIOS TERCERIZADOS.

La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la institución, tales como servicios de 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.

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

CAPÍTULO II
Seguimiento de la Administración de Riesgos

27. PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

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

a) Los riesgos;

b) Los factores de riesgo;

c) Las estrategias para administrar los riesgos, y

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

- Unidad administrativa;
- Responsable de su implementación;
- Las fechas de inicio y término, y
- Medios de verificación.

28. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

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

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

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

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

d) Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.

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

a) Al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y

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

1. Reporte de Avances del primer trimestre en la segunda sesión;
2. Reporte de Avances del segundo trimestre en la tercera sesión;
3. Reporte de Avances del tercer trimestre en la cuarta sesión, y
4. Reporte de Avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

29. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR.

La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por 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.

COPIA

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

El Titular del Órgano Fiscalizador presentará en las sesiones ordinarias del Órgano de Gobierno, 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 Órgano de Gobierno, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

31. DEL REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.

Se realizará un Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior, y contendrá al menos lo siguiente:

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

II. Comparativo del total de riesgos por cuadrante;

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

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

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

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

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

MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO

Procesos:

I. Aplicación del Modelo Estándar de Control Interno.

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

Descripción del proceso:

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REFERENCIA
	Inicio	
Titular de la Institución	Establece y supervisa el Sistema de Control Interno Institucional y designa al Coordinador de Control Interno.	Oficio designación
Coordinador de Control Interno	Designa enlaces y establece acciones para implementar, operar y evaluar el Sistema de Control Interno Institucional.	Oficios de designación de enlaces
Enlace del Sistema de Control Interno Institucional	Instrumenta acciones y controles para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.	
Responsables Unidades Administrativas / Procesos	Implementan, actualizan y mejoran el Sistema de Control Interno Institucional; y aplican la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.	Evaluación del SCII

Coordinador de Control Interno	Presenta informe anual, evaluación del Sistema de Control Interno Institucional y Programa de Trabajo de Control Interno al Titular de la institución.	Informe anual Evaluación del SCII PTCI
	↓	
Titular de la institución	Aprueba el informe anual, evaluación del Sistema de Control Interno Institucional y Programa de Trabajo de Control Interno, y envía a la Contraloría Gubernamental.	Informe anual Evaluación del SCII PTCI
	↓	
Órgano Fiscalizador	Evalúa el informe anual, el resultado de la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo de Control Interno, y presenta informe de resultados al titular de la institución y a la Contraloría Gubernamental.	Informe de resultados
	↓	
Titular de la institución	Solicita, en su caso, actualizar el Programa de Trabajo de Control Interno, firma y presenta al Órgano de Gobierno y a la Contraloría Gubernamental.	PTCI
	↓	
Coordinador de Control Interno	Realiza seguimiento trimestral al Programa de Trabajo de Control Interno y presenta al Órgano fiscalizador.	Reporte de avances trimestral del PTCI
	↓	
Órgano fiscalizador	Verifica avances del Programa de Trabajo de Control Interno y resultados esperados y presenta al Titular y al Órgano de Gobierno.	Verificación de avances
	↓	
	Fin	

Actividades secuenciales por responsable:

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta
1.	Titular de la Institución	Designa por escrito al Coordinador de Control Interno.	Oficio de designación
2.	Coordinador de Control Interno	Recibe oficio de designación. Designa por escrito a los Enlaces de los procesos. Acuerda con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del SCII, en términos de las Disposiciones, y solicita al Enlace del SCII la aplicación de la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.	Oficio de designación / Reunión de Trabajo / Correo electrónico institucional
3.	Enlace del SCII	Recibe oficio de designación. Inicia el proceso de Evaluación, solicitando a los responsables de las unidades administrativas la realicen en sus procesos prioritarios.	Oficio de designación / Correo electrónico institucional / Evaluación del SCII
4.	Responsables de las Unidades Administrativas / Procesos	Reciben requerimiento para realizar la evaluación del SCII por procesos prioritarios, aplican evaluación, revisan propuestas de acciones de mejora y envían resultados al Enlace del SCII.	Evaluación por procesos prioritarios
5.	Enlace del SCII	Recibe evaluaciones y consolida por procesos prioritarios la información de dichas evaluaciones.	Evaluación consolidada de los procesos prioritarios
6.	Enlace del SCII	Elabora proyecto del Informe Anual y PTCI y envía al Coordinador de Control Interno para revisión.	Proyecto de Informe Anual y PTCI

COPIA

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta
7.	Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII	Recibe proyecto de Informe Anual y PTCI, revisa con el Enlace del SCII y acuerda con el Titular de la Institución.	Propuesta de Informe Anual y PTCI
8.	Titular de la Institución y Coordinador de Control Interno	Analizan y seleccionan áreas de oportunidad detectadas y acuerdan acciones de mejora a comprometer en el PTCI.	Propuesta de Informe Anual y PTCI
9.	Titular de la Institución	Aprueba el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual y PTCI
10.	Titular de la Institución	Presenta al Titular del Órgano Estatal de Control, y al Órgano de Gobierno, con copia al Órgano Fiscalizador, el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual, y PTCI
11.	Enlace del SCII	Incorpora en el Sistema Informático el Informe Anual y PTCI.	Sistema Informático
12.	Titular del Órgano Fiscalizador	Conoce el Informe Anual y PTCI, y realiza su evaluación.	Informe Anual, y PTCI e Informe de Resultados
13.	Titular del Órgano Fiscalizador	Remite el Informe de Resultados al Titular de la Institución, al Titular del Órgano Estatal de Control y al Órgano de Gobierno.	Oficio con Informe de Resultados
14.	Titular de la Institución	Recibe Informe de Resultados y opinión del Titular del Órgano Fiscalizador, lo valora y, en su caso, instruye al Coordinador de Control Interno la actualización del PTCI.	Oficio con Informe de Resultados
15.	Coordinador de Control Interno	Recibe instrucción de actualizar el PTCI y presenta la actualización para firma del Titular de la Institución.	Propuesta PTCI Actualizado
16.	Titular de la Institución	Recibe PTCI actualizado para su firma e instruye al Coordinador su implementación y seguimiento.	PTCI Actualizado
17.	Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII	Realiza el seguimiento e informa trimestralmente al Titular de la Institución por medio del Reporte de Avances Trimestral del PTCI para su aprobación.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI
18.	Titular de la Institución	Revisa y aprueba el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI
19.	Coordinador de Control Interno	Recibe y firma el Reporte de Avances Trimestral del PTCI y lo presenta al Titular del Órgano Fiscalizador, y al Órgano de Gobierno.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI
20.	Titular del Órgano Fiscalizador	Recibe Reporte de Avances Trimestral del PTCI, y resultados de las acciones comprometidas y efectúa su evaluación.	Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral
21.	Titular del Órgano Fiscalizador	Emite el Informe de Evaluación al Reporte de Avances Trimestral y lo presenta al Titular de la Institución, al Coordinador de Control Interno y al Órgano de Gobierno.	Informe de Evaluación
22.	Órgano de Gobierno	Recibe Informe de Resultados, Reporte de Avances Trimestral del PTCI e Informe de Evaluación.	Informe de Resultados / Reporte de Avances Trimestral / Informe de Evaluación

Documentación Soporte del Proceso:

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

II. Administración de Riesgos Institucionales

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

Descripción del proceso:

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REFERENCIA
	Inicio	
Titular de la Institución	Instruir a los titulares de las Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos iniciar y concluir el proceso de administración de riesgos.	Oficio de instrucción
Titular de la Institución y Coordinador de Control Interno	Acordar la metodología, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales alineados al proceso y formalizar la metodología.	Oficio de formalización
Enlace de Administración de Riesgos	Informar y orientar sobre el establecimiento de la metodología, las acciones para su aplicación, y los objetivos y metas institucionales.	Oficio Formato de Matriz de Administración de Riesgos
Unidades Administrativas	Aplicar y documentar la metodología, y remitir la Matriz de Administración de Riesgos propuesta al enlace.	Proyecto de Matriz de Administración de Riesgos
Enlace de Administración de Riesgos	Revisar y analizar la información de riesgos de las Unidades Administrativas, definir con el Coordinador de Control Interno los riesgos propuestos y presentar los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional.	Proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional
Titular de la Institución y Coordinador de Control Interno	Acordar los riesgos institucionales y comunicarlos a las Unidades Administrativas a través del Enlace de Administración de Riesgos.	Oficio
Enlace de Administración de Riesgos y Unidades Administrativas	Elaborar los proyectos institucionales de la Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.	Proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos
Titular de la institución, Coordinador de Control Interno y Enlace de Administración de Riesgos	Firmar la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos Institucional y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.	Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos
Coordinador de Control Interno	Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos Institucional y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos e instruir a los responsables del cumplimiento de las acciones de control del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.	Oficios de instrucción Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

Unidades Administrativas	Instrumentar y cumplir las acciones comprometidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, informar los avances y resguardar la evidencia documental.	Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. Evidencia documental
	↓	
Enlace de Administración de Riesgos	Dar seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y elaborar el Reporte de Avances Trimestral, elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos para su revisión y firma.	Programa de Trabajo de Administración de Riesgos Reporte de Avances Trimestral Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.
	↓	
Titular de la institución, Coordinador de Control Interno y Enlace de Administración de Riesgos.	Presentar en al Órgano de Gobierno el Reporte de Avances Trimestral y Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.	Reporte de Avances Trimestral Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.
	↓ Fin	

Actividades secuenciales por responsable:

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta
1	Titular de la Institución	Instruye a las Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos iniciar el proceso de administración de riesgos.	Oficio
2	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales a los que se alinea el proceso y riesgos, y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.	Oficio de formalización
3	Enlace de Administración de Riesgos	Informa y orienta a las Unidades Administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación, y los objetivos y metas institucionales, para que documenten su propuesta de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos.	Oficio Reunión Formato de Matriz de Administración de Riesgos
4	Unidades Administrativas	Documenta las propuestas de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos, en función de las etapas mínimas establecidas.	Proyecto de Matriz de Administración de Riesgos
5	Enlace de Administración de Riesgos	Revisa y analiza la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, define con el Coordinador de Control Interno la propuesta de riesgos institucionales, elabora y presenta al mismo los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional.	Proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional
6	Coordinador de Control Interno	Revisa los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional.	Proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional
7	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución los riesgos institucionales y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.	Proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucional
8	Enlace de Administración de Riesgos	Elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del PTAR Institucional.	Proyecto del PTAR
9	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del PTAR Institucional, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.	Proyecto del PTAR
10	Coordinador de Control Interno	Presenta anualmente para autorización del Titular de la Institución la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos Institucional y el PTAR, y firma de forma conjunta con el Enlace de Administración de Riesgos.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional y PTAR

11	Coordinador de Control Interno	Difunde la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos Institucional y el PTAR, e instruye la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas y al Enlace de Administración de Riesgos.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR
12	Unidades Administrativas	Instrumentan y cumplen las acciones de control del PTAR, e informan avances trimestrales y resguardan la evidencia documental.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Evidencia documental
13	Enlace de Administración de Riesgos	Realiza conjuntamente con el Coordinador de Control Interno el seguimiento permanente al PTAR, elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR con la información proporcionada por las Unidades Administrativas y el Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos.	Proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos
14	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, los firma conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos y los presenta para autorización y firma del Titular de la Institución.	Reporte de Avances Trimestral del PTAR Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos
15	Enlace de Administración de Riesgos	Incorpora en el Sistema Informático Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos; resguardando los documentos firmados y sus respectivas actualizaciones.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos
16	Coordinador de Control Interno	Presenta en la primera sesión del Órgano de Gobierno, según corresponda, Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional, PTAR y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes; y el Reporte de Avances Trimestral del PTAR.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional y PTAR. Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos
17	Coordinador de Control Interno	Comunica al Enlace de Administración de Riesgos los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos Institucional y el PTAR determinados por los servidores públicos, u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Oficio Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional y PTAR actualizados
18	Enlace de Administración de Riesgos	Agrega a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR, los riesgos adicionales o alguna actualización, identificada por servidores públicos u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional y PTAR

Documentación Soporte del Proceso:

- Formato de Matriz de Administración de Riesgos Institucional (Matriz).
- Mapa de Administración de Riesgos Institucional (Mapa).
- Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- Reporte de Avances Trimestral del PTAR (RAT).
- Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos (RAC).

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 Subcontraloría de Evaluación y Mejora de la Gestión.

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 Subcontraloría de Evaluación y Mejora de la Gestión, para efectos de su actualización de resultar procedente.

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

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO.- Los acuerdos que a la fecha de entrada en vigor de este ordenamiento se encuentren pendientes, se les dará seguimiento para su atención de conformidad con lo establecido en este ordenamiento.

TERCERO.- La Subcontraloría de Evaluación y Mejora de la Gestión pondrá a disposición de las instituciones mencionadas las nuevas herramientas informáticas que se desarrollen para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos de Modelo Estándar de Control Interno y de Administración de Riesgos.

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

Dado en ciudad Victoria, capital del Estado de Tamaulipas, a los 29 días del mes de mayo de dos mil diecisiete.

ATENTAMENTE.- **CONTRALOR GUBERNAMENTAL**.- **MARIO SORIA LANDERO**.- Rúbrica.

COPIA