

*Gobierno del Estado
Libre y Soberano de Chihuahua*



Registrado como
Artículo
de segunda Clase de
fecha 2 de Noviembre
de 1927

Todas las leyes y demás disposiciones supremas son obligatorias por el sólo hecho de publicarse en este Periódico.

Responsable: La Secretaría General de Gobierno. Se publica los Miércoles y Sábados.

Chihuahua, Chih., sábado 17 de junio de 2023.

No. 48

Folleto Anexo

COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS DE CHIHUAHUA

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

**ACUERDO N° 01/2023 POR EL QUE SE EMITEN
DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO
DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS
HUMANOS**

DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS DE CHIHUAHUA

Mtra. Jazmín Yadira Alanis Reza, Titular de Órgano Interno de Control de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua, con fundamento en los artículos 102 inciso B, 108 primer párrafo, 109 fr. III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4 fr. XXV de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación; 1, 2, 3 fr. XXI y 9 fr. II de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; 1, 2, 5, 22 A, 22 B fr. I, XXIII y XXVI de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; en relación con el 3, 7 fr. IX y 15 fr. XIV, XIX y LXIII del Reglamento Interior del Órgano Interno de Control de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; y con base en los siguientes:

CONSIDERANDOS

Que el Sistema Nacional de Fiscalización, es de conformidad con sus estatutos un conjunto de mecanismos interinstitucionales de coordinación entre los órganos responsables de las tareas de auditoría gubernamental en los distintos órdenes de gobierno, con el propósito de maximizar la cobertura y el impacto de la fiscalización en todo el país, con base en una visión estratégica, la aplicación de estándares profesionales similares, la creación de capacidades y el intercambio efectivo de información sin incurrir en duplicidades u omisiones; integrado por la Auditoría Superior de la Federación, la Secretaría de la Función Pública, las entidades de Fiscalización Superiores Locales y las secretarías o instancias homólogas encargadas del control interno en las entidades federativas.

Que el Sistema Nacional de Fiscalización, tiene como principal objetivo el desarrollo nacional mediante políticas públicas, en donde la producción de bienes y la prestación de servicios públicos por parte del aparato de gobierno genere condiciones de bienestar social; función que recae sobre las personas titulares de los diversos entes públicos de los tres órdenes de gobierno y el resto del personal adscrito a estos, cuya tarea ineludible consiste, entre otras cosas, en ejecutar una adecuada programación, seguimiento y control de los recursos que impulsen el cumplimiento del mandato, la misión, visión y sus objetivos; promoviendo la rendición de cuentas, la transparencia y el combate a la corrupción, garantizando la mejora continua del quehacer gubernamental.

Que para estar en posibilidad de lograr lo anterior, a partir del año 2010, la Secretaría de la Función Pública y la Auditoría Superior de la Federación como instituciones integrantes del Sistema Nacional de Fiscalización, han expedido y actualizado diversas disposiciones normativas que establecen las bases del control interno gubernamental; entre las que destacan el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, que establece los planes, métodos, programas, políticas y procedimientos utilizados para alcanzar el mandato, misión, plan estratégico, objetivos y metas institucionales; constituyendo la primera línea de defensa en la salvaguarda de los recursos públicos y la prevención de actos de corrupción; ayudando a

quienes ostentan la titularidad de los diversos entes públicos, a lograr los resultados programados a través de la administración eficaz de todos sus recursos, tecnológicos, materiales, humanos y financieros.

Que las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación en Materia de Control Interno, determinan en su numeral tercero que la responsabilidad de la aplicación del control interno institucional es de la persona Titular de los entes públicos y de quienes los integran; y que acorde a su numeral quinto, la vigilancia de su implementación y aplicación, así como la asesoría y apoyo correspondiente estará a cargo de los Órganos Fiscalizadores, conforme a sus respectivas atribuciones.

Que la fracción XXV del artículo 4 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación y la XXI del artículo 3 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, han establecido que los Órganos Internos de Control, además de tener a su cargo la investigación, substanciación y, en su caso, sanción de faltas administrativas; son las unidades administrativas a cargo de promover, evaluar y fortalecer el funcionamiento del control interno de los entes públicos.

Que la Constitución Política del Estado de Chihuahua, en su artículo 4 establece en relación con el similar 102 inciso B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 2 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos que, el Estado cuenta con un órgano de protección de los derechos humanos denominado Comisión Estatal de los Derechos Humanos, con autonomía de gestión y presupuestaria, personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene por objeto la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos.

Que la misma ley, establece en su artículo 5 que la Comisión Estatal de los Derechos Humanos contará con un Órgano Interno de Control que tendrá las atribuciones contenidas en el artículo 22 B, entre las cuales destacan para los efectos del presente documento, las establecidas en las fracciones I, XXII, XXIII y XXVI, que a la letra dicen:

“ARTÍCULO 22 B. El Órgano Interno de Control tendrá las siguientes atribuciones:

*I. Las que contempla la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
(...)*

XXII. Emitir reglamentos, lineamientos, manuales, guías y disposiciones de carácter general que se requieran para la debida organización y funcionamiento del Órgano Interno de Control, así como para el ejercicio de las atribuciones que las leyes y demás ordenamientos jurídicos le otorgan; debiendo ordenar, en su caso, la publicación en el Periódico Oficial del Estado.

XXIII. Presentar, a las diversas áreas administrativas de la Comisión Estatal, propuestas de mejora, diagnósticos, evaluaciones, programas, proyectos, sistemas tecnológicos o

cualquier mecanismo para su mejor funcionamiento y operación del control interno institucional, incluyendo las del propio Órgano Interno de Control.

(...)

XXVI. Las demás que le confieran otros ordenamientos.”

Que en adición a lo anterior, el Reglamento Interior del Órgano Interno de Control de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, determinó en las fracciones XIV y XIX de su artículo 15 que la persona Titular del Órgano Interno de Control tendrá entre otras atribuciones, facultades o funciones contenidas en los ordenamientos jurídicos que contemplen la actuación de esa unidad administrativa, la de promover la implementación del Sistema de Control Interno y de Gestión de Riesgos de la Comisión Estatal, la de proponer las normas, lineamientos, mecanismos y acciones en la materia; así como la de emitir los reglamentos, acuerdos, lineamientos, manuales, guías y disposiciones que requiera para el ejercicio de las atribuciones que las leyes y demás ordenamientos jurídicos le otorgan; informando de dicha expedición a quien ocupe la titularidad de la Comisión Estatal.

Que de conformidad con estos razonamientos y toda vez que resulta de gran relevancia contar con un Sistema de Control Interno Institucional, que permita identificar los factores de riesgo que se pudieran presentar al interior de este organismo público autónomo, impidiendo el óptimo cumplimiento de las metas u objetivos institucionales; por lo que es necesaria la generación de herramientas que permitan administrar los riesgos institucionales para eliminar o mitigar su impacto de manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas; logrando así los resultados programados salvaguardando los recursos públicos y previniendo actos contrarios a la integridad, lo cual hace indispensable contar con un instrumento normativo en materia de control interno, que tiene como base el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de noviembre del 2016, mismo que deberá ser adoptado y adaptado a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua como ente público obligado, de conformidad con lo establecido en dichas disposiciones.

En virtud de lo antepuesto, se emite el siguiente:

ACUERDO 01/2023 POR EL QUE SE EMITEN DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

**DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO
TÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES
CAPÍTULO I
OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES**

Artículo 1. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las Disposiciones, que la Comisión Estatal de los Derechos Humanos deberá observar para el establecimiento, implementación, supervisión, seguimiento, evaluación, actualización, control, vigilancia y mejora continua de su Sistema de Control Interno Institucional.

Artículo 2. Quien ocupe la titularidad de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, así como las personas servidoras públicas que la integran, de conformidad con sus respectivas atribuciones, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su Sistema de Control Interno, tomando como referencia el Marco Integrado de Control Interno (MICI) del Sistema Nacional de Fiscalización, el Sistema Estatal Anticorrupción y como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

Artículo 3. Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

- I. Acción(es) de control: las actividades determinadas e implantadas por quien ocupe la titularidad de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y demás personas servidoras públicas adscritas a esta, 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 quien ocupe la titularidad de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y demás personas servidoras públicas adscritas a esta, 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: las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios diferentes a quien ocupe la titularidad de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.
- IV. Administración de Riesgos (AR): 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, preservar el valor institucional 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. 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.

- VI. 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.
- VII. Carpeta electrónica: el expediente electrónico que contiene la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional.
- VIII. Causa fortuita o de fuerza mayor: el imprevisto que no es posible evitar o resistir, inimputable a las partes, tal como incapacidad física o intelectual y/o desaparición.
- IX. Comisión Estatal/Comisión: Comisión Estatal de los Derechos Humanos.
- X. Comité y/o COCODI: el Comité de Control y Desempeño Institucional, Órgano colegiado de la Comisión, que tiene la finalidad de contribuir a la implementación y mejora del Sistema de Control Interno Institucional.
- XI. Competencia profesional: conjunto de habilidades, conocimientos y aptitudes que deben tener las personas servidoras públicas para desempeñar las funciones del empleo o cargo que ocupan, cumplir con sus responsabilidades y lograr los objetivos institucionales.
- XII. Conciliación: proceso por medio del cual se acuerda el grado final de una Evaluación de Control Interno, con base en las evidencias, circunstancias y elementos en los que ésta se realiza, entre la persona Coordinadora de Control Interno y el Órgano Interno de Control.
- XIII. Consejo: Órgano colegiado integrado por personas de alto prestigio social, designados de conformidad al procedimiento previsto en la normatividad aplicable, que tiene como propósito solicitar, aprobar, opinar y conocer sobre la normatividad y el funcionamiento de la Comisión Estatal, por lo que representa una de las garantías para que cumpla con sus obligaciones legales y constitucionales.
- XIV. 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.
- XV. 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.

- XVI. Control Interno (CI): el proceso efectuado por la persona Titular, la Administración, y las demás personas servidoras públicas 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.
- XVII. 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.
- XVIII. 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 competentes.
- XIX. Disposiciones: las Disposiciones en Materia de Control Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.
- XX. Economía: adquirir y administrar eficaz y eficientemente los recursos, en cantidad, calidad apropiada y al menor costo posible, para realizar una actividad determinada.
- XXI. Eficacia: el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad.
- XXII. Eficiencia: el logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos.
- XXIII. Elementos de control: los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir la Comisión Estatal de los Derechos Humanos para asegurar el adecuado funcionamiento de su Sistema de Control Interno Institucional.
- XXIV. Estándares de evaluación: las preguntas asociadas a cada elemento de control interno, que permiten su valoración específica, por grado de cumplimiento.
- XXV. Evaluación al RAC del PTAR: la evaluación a cada aspecto incluido en el Reporte de Avance Cuatrimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, por parte del Órgano Interno de Control.
- XXVI. Evaluación al RAC del PTCI: la evaluación a cada aspecto incluido en el Reporte de Avance Cuatrimestral del Programa de Trabajo de Control Interno, por parte del Órgano Interno de Control.

- XXVII. Evaluación Anual de Resultados de Control Interno: la evaluación al Informe Anual de CI, por parte del Órgano Interno de Control.
- XXVIII. Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional: herramienta mediante la que se desarrolla el proceso para determinar el grado en que se cumplen las normas generales de control interno, sus principios y elementos, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías.
- XXIX. Factor(es) de riesgo: la circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice.
- XXX. Impacto o efecto: las consecuencias negativas que se generarían en la Comisión Estatal, en el supuesto de materializarse el riesgo.
- XXXI. Informe Anual de CI: el Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional (IASCI).
- XXXII. Informe Anual de CR: el Informe Anual que integra el seguimiento al Comportamiento de los Riesgos Institucionales (IACR).
- XXXIII. Institución: La Comisión Estatal de los Derechos Humanos.
- XXXIV. Líneas de reporte: las líneas jerárquicas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la organización que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones.
- XXXV. 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.
- XXXVI. Marco Integrado de Control Interno (MICI): documento acordado en el seno del Sistema Nacional de Fiscalización (SNF), aplicable a toda institución del sector público independientemente del orden de gobierno en que se encuadre, el Poder al que pertenezca y en atención a las disposiciones jurídicas aplicables, que provee criterios para evaluar el diseño, implementación y eficacia operativa del control interno.
- XXXVII. Matriz de Administración de Riesgos (MAR): la herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la institución, considerando las etapas de la metodología de administración de riesgos.
- XXXVIII. Matriz de Indicadores de Resultados (MIR): la herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política

pública y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y sus programas derivados, como el Plan Integral de Desarrollo de la Comisión Estatal de Derechos Humanos; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño.

- XXXIX. Medio de verificación: la evidencia y/o instrumento auditable, a través del cual se acredita el cumplimiento de los requisitos de los objetivos de gestión, estrategias y/o acciones, elementos de control, estándares de evaluación, etc.
- XL. Mejora continua: proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno Institucional; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica.
- XLI. Metodología de Administración de Riesgos: conjunto de métodos que permiten identificar eventos potenciales que pueden afectar el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas de la institución, a efecto de reducir o eliminar el riesgo dentro de los límites aceptados, proporcionando una seguridad razonable de su cumplimiento; establecida por el Órgano Interno de Control y en su caso, complementada por la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.
- XLII. Modelo Estándar de Control Interno: conjunto de normas generales de control interno, sus principios y elementos de control, los niveles de responsabilidad, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al Sistema de Control Interno Institucional.
- XLIII. Objetivos institucionales: objetivos específicos establecidos por la Comisión Estatal de Derechos Humanos y que emanan del Plan Integral de Desarrollo.
- XLIV. Órgano Interno de Control (OIC): es la instancia de la Comisión Estatal de Derechos Humanos dotada de autonomía técnica para decidir la programación y ejecución tanto de sus actividades como de sus atribuciones legales; y de gestión, para determinar su organización interna, funcionamiento y resoluciones, para lo cual, contará con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios que aseguren su operatividad; tiene a su cargo promover, evaluar y fortalecer el buen funcionamiento del control interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.
- XLV. Persona Titular: quien presida la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.
- XLVI. PIDE: Plan Integral de Desarrollo de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

- XLVII. Probabilidad de ocurrencia: la estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado.
- XLVIII. Procesos administrativos: aquellos necesarios para la gestión interna de la institución y que dan soporte a los procesos sustantivos.
- XLIX. Procesos sustantivos: aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la institución, es decir, con el cumplimiento de su misión, mandato u objeto de creación.
- L. Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR): la herramienta que integra las acciones de atención y seguimiento a las estrategias de respuesta para administrar los riesgos, en un periodo determinado.
 - LI. Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI): la herramienta que integra las estrategias y acciones para atender y dar seguimiento a las mejoras institucionales prioritarias, en un periodo determinado.
 - LII. Programa presupuestario: la categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas.
 - LIII. Quórum legal: número mínimo de asistentes necesario para sesionar válidamente en el Comité, a fin de poder tomar decisiones o realizar votaciones legítimas de los asuntos que se desahogan.
 - LIV. Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR (RAC PTAR): el reporte que integra el seguimiento cuatrimestral al cumplimiento de las acciones establecidas en el PTAR.
 - LV. Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI (RAC PTCI): el reporte que integra el seguimiento cuatrimestral al cumplimiento de las acciones establecidas en el PTCI.
 - LVI. Reporte del Desempeño Institucional: conjunto de elementos que permiten monitorear y cuantificar objetivamente de manera integral el desempeño de la institución, en relación al estado de los aspectos estratégicos más relevantes, que se prepara y se presente en cada sesión del Comité.
 - LVII. 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 dañen los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, derivado de acciones contrarias a la integridad; incluye

soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por una persona servidora pública, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas.

- LVIII. 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.
- LIX. Seguridad razonable: el alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la institución serán alcanzados.
- LX. Sesión(es) virtual(es): la celebrada a través de medios electrónicos de comunicación a distancia que permiten la transmisión simultánea de voz e imagen.
- LXI. Sistema de Control Interno Institucional (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.
- LXII. 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.
- LXIII. Sistema informático: herramienta electrónica habilitada y administrada por la Unidad de Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones.
- LXIV. Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC's): el conjunto de herramientas relacionadas con la transmisión, procesamiento y almacenamiento digitalizado de la información.
- LXV. UMGP: la Unidad de Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.
- LXVI. Unidades administrativas: las comprendidas en el reglamento interno y/o estructura orgánica básica de la Comisión Estatal, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente.
- LXVII. UTIC: la Unidad Administrativa en la Comisión Estatal, responsable de proveer infraestructura y servicios de TIC's.

CAPÍTULO II RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA

Artículo 4. Responsables de su aplicación. Será responsabilidad de quien ocupe la titularidad de la Comisión Estatal y demás personas servidoras públicas adscritas a ésta, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno Institucional, evaluar y supervisar su funcionamiento, ordenar las acciones para su mejora continua, instrumentar los mecanismos y procedimientos específicos, contar con el conocimiento necesario, estar en constante capacitación en la materia, y demás 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 institucionales.

Artículo 5. Designación de Coordinador y Enlaces. Quien ocupe la titularidad de la Comisión Estatal, designará mediante oficio dirigido a la persona Titular del Órgano Interno de Control, a una persona servidora pública de nivel jerárquico inmediato inferior al suyo, como Coordinador(a) de Control Interno y a tres personas servidoras públicas de nivel de mando similar o inferior al de Coordinador(a), como Enlaces de Control Interno, de Administración de Riesgos y del Comité de Control y Desempeño Institucional, respectivamente, con el objeto de asistirle en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones.

Se podrá nombrar a una persona servidora pública como enlace en más de uno de los roles referidos en el párrafo que antecede, pero al menos deberán designarse dos enlaces para la totalidad de los mismos.

Se deberá informar mediante oficio dirigido a la persona Titular del Órgano Interno de Control, sobre la alta, baja o cambio de quienes fungirán como enlaces, dentro de los 10 días hábiles posteriores a que se efectúen; incluyendo los siguientes datos por cada persona designada: nombre completo, plaza y/o cargo que ocupa en la Comisión Estatal, correo electrónico institucional y número telefónico de contacto, así como el rol específico que desempeñará conforme a los párrafos anteriores.

Tomando en consideración la estructura orgánica de la Comisión Estatal, las personas designadas como enlaces de Control Interno, Administración de Riesgos y/o COCODI, podrán ser integrantes del Comité, como Vocal Ejecutivo(a) o Vocales, desempeñando ambas funciones de manera simultánea, en cumplimiento de las atribuciones encomendadas para cada rol en la implementación del SCII.

Artículo 6. Vigilancia y asesoría. El Órgano Interno de Control, de conformidad con la normatividad aplicable, será responsable de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las presentes Disposiciones; adicionalmente otorgará la asesoría y apoyo que corresponda a las personas servidoras públicas de la Comisión Estatal, para la implementación y funcionamiento de su SCII.

TÍTULO SEGUNDO
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
CAPÍTULO I
OBJETIVO

Artículo 7. Objetivo de control interno. El control interno tiene como finalidad 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 la Comisión Estatal, y
- IV. **Salvaguarda:** Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

CAPÍTULO II
RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
INSTITUCIONAL

Artículo 8. Responsabilidades y funciones. El control interno es responsabilidad de la persona Titular, quien lo implementa con apoyo de la Administración y del resto de las personas servidoras públicas adscritas a la Comisión Estatal, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

- I. **Genéricas:** Todas las personas servidoras públicas de la institución, son responsables de:
 - a. Informar a la persona superior jerárquica sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificados en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables.
 - 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.
 - c. Atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el Órgano Interno de Control, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones, y demás normatividad aplicable.

De la persona Titular y la Administración de la institución

- a. Determinar 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, y al identificar los procesos prioritarios, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Comisión Estatal para la consecución de los objetivos del Plan Integral de Desarrollo y demás planes y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.
- b. Establecer y mantener un SCII apropiado, operando y actualizado conforme a las normas generales de control interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento.
- c. Supervisar que la Evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y aprobar el resumen conciliado.
- d. Verificar que el SCII se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, y como se atienden las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas.
- e. Aprobar el PTCl y el PTAR, así como sus respectivas actualizaciones, para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención.
- f. Validar los ajustes adicionales en la metodología de administración de riesgos.
- g. Instruir y supervisar que las unidades administrativas, la o el Coordinador(a) de Control Interno, así como la persona servidora pública Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional.
- h. Instruir a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen 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.
- i. Mantener en constante monitoreo los riesgos que puedan obstaculizar el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos de la institución, actualizando en su caso la Matriz de Riesgos, además de supervisar periódicamente su atención.
- j. Supervisar que al cierre de cada cuatrimestre y/o año respectivamente, se elaboren los reportes e informes correspondientes de control interno y de riesgos.
- k. Firmar la matriz de procesos prioritarios para el control interno, el resumen de evaluación conciliada, el PTCl, el Mapa de Riesgos, el PTAR, así como los Reportes de Avance Cuatrimestral, y en su caso informar los aspectos más relevantes ante el Consejo.

De la persona servidora pública Coordinadora de Control Interno

1. En el Sistema de Control Interno Institucional:

- a. Ser el canal de comunicación e interacción con la persona Titular de la institución, las unidades administrativas, el Órgano Interno de Control y, de ser el caso, con la UMGP, en la capacitación, implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII.
- b. Acordar con la persona Titular de la Comisión Estatal las acciones para la implementación y operación del SCII.
- c. Identificar y validar con la persona Titular los procesos prioritarios de la institución.
- d. Coordinar la aplicación de la Evaluación del SCII, además de asegurar la integración de la evidencia correspondiente.
- e. Elaborar, revisar y firmar con la persona Enlace de Control Interno, la Cédula de Evaluación de Control Interno, el PTCI actualizado y los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTCI.
- f. Presentar para firma de la persona Titular de la institución, el Resumen de Evaluación Conciliada, el PTCI, los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTCI y los oficios que corresponda.
- g. Elaborar y firmar los Reportes de Avances Cuatrimestrales del PTCI y remitirlos al Órgano Interno de Control, para su evaluación.
- h. Difundir oportunamente el PTCI actualizado e instruir su implementación a las y los responsables de las acciones de mejora comprometidas.
- i. Resguardar físicamente los documentos originales derivados de las herramientas establecidas por el Órgano Interno de Control, que respaldan la operación y el fortalecimiento del SCII en la Comisión Estatal y mantener la información disponible para cualquier instancia fiscalizadora competente que la requiera.
- j. Elaborar y firmar el Informe Anual del estado que guarda el SCII.
- k. Tener el conocimiento y de igual manera asegurar que lo tenga el personal de la institución en el ámbito de su competencia, en materia de control interno.
- l. Verificar que se incorporen en el sistema informático o herramienta electrónica, los reportes, informes, evaluaciones y demás herramientas de control interno.

2. En la Administración de Riesgos:

- a. Acordar con la persona Titular de la institución las estrategias, objetivos y/o metas institucionales que, alineados a programas, proyectos y procesos institucionales, serán considerados en la elaboración de la Matriz de Administración de Riesgos y del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- b. Difundir la metodología para la administración de riesgos y constituir la como un proceso sistemático y herramienta de mejora de la gestión en todas las áreas administrativas.

- c. Convocar a las y los titulares de todas las unidades administrativas de la institución, a la persona servidora pública Titular del Órgano Interno de Control, Coordinadora de Control Interno y Enlaces, de Administración de Riesgos y de Control Interno, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- d. 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 la persona Titular de la institución, el Enlace de Administración de Riesgos, las unidades administrativas, el Órgano Interno de Control y, de ser el caso, con la UMGP.
- e. Elaborar, revisar y firmar con la persona Enlace de Administración de Riesgos, la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR actualizado y los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTAR.
- f. Presentar para firma de la persona Titular de la institución, el Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR, los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTAR y los oficios que corresponda.
- g. Elaborar y firmar los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTAR y remitirlos al Órgano Interno de Control, para su evaluación.
- h. Elaborar y firmar el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos.
- i. Difundir oportunamente la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR actualizado, e instruir la implementación del PTAR a las y los responsables de las acciones de control comprometidas.
- j. Instruir al Enlace de Administración de Riesgos para el registro de los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR Institucionales determinados en el Comité.
- k. Verificar que se incorporen en el sistema informático o herramienta electrónica, los reportes, informes, evaluaciones y demás herramientas de administración de riesgos.
- l. Acordar con el Órgano Interno de Control y en conjunto con el Enlace de Administración de Riesgos los ajustes adicionales que en su caso consideren necesarios aplicar en la metodología de administración de riesgos.
- m. Asegurar la conformación del Grupo de Trabajo y de llevar a cabo las sesiones necesarias para iniciar y concluir el proceso de administración de riesgos institucional, en conjunto con la persona Enlace de Administración de Riesgos.
- n. Resguardar físicamente los documentos originales derivados de las herramientas establecidas por el Órgano Interno de Control, que respaldan la administración de los riesgos en la Comisión Estatal y mantener la información disponible para cualquier instancia fiscalizadora competente que la requiera.
Tener el conocimiento y de igual manera asegurar que lo tenga el personal de la institución en el ámbito de su competencia, en materia de administración de riesgos.

3. En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

- a. Determinar, conjuntamente con quien ocupe la Presidencia y el(la) Vocal Ejecutivo(a) los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y reflejarlos en el Orden del Día; así como, la participación de las y los responsables de las áreas competentes de la institución.
- b. Requerir a las personas involucradas la información necesaria para el Reporte del Desempeño Institucional o bien, de cualquier tema adicional contemplado para su desahogo durante la sesión.
- c. Presentar en la primera sesión del Comité el Informe Anual del estado que guarda el SCII y el Informe Anual de Comportamiento de Riesgos; así como las herramientas de control interno y administración de riesgos, sus actualizaciones, y Reportes de Avance Cuatrimestral en las sesiones subsecuentes según corresponda.
- d. Revisar y validar con quien ocupe la Presidencia del Comité, que la información del desempeño institucional y del SCII que se presentará en la sesión sea suficiente, relevante, pertinente y competente.
- e. Instruir a la persona Enlace del COCODI para asegurar la integración de la información y conformar la carpeta electrónica previo a la celebración de cada sesión, realizando la difusión oportuna entre las y los convocados.

De la persona servidora pública Enlace de Control Interno

- a. Ser el canal de comunicación e interacción entre la persona Coordinadora de Control Interno y las unidades administrativas de la institución.
- b. Instrumentar las acciones necesarias con la finalidad de que se realice la Evaluación de Control Interno, con apoyo de las unidades administrativas de la institución.
- c. Elaborar, revisar y firmar con la persona Coordinadora de Control Interno la Cédula de Evaluación de Control Interno.
- d. Revisar con las y 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, principios y elementos de control interno.
- e. Elaborar los proyectos del PTCI, la propuesta de su actualización, y del Informe Anual del estado que guarda el SCII, para revisión de la persona Coordinadora de Control Interno.
- f. Solicitar a las personas titulares de las unidades administrativas involucradas la información pertinente para la integración y elaboración del proyecto del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI y presentarlo a la persona Coordinadora de Control Interno.
- g. Dar seguimiento permanente al PTCI y elaborar los Reportes de Avance Cuatrimestral, firmando en su caso las actualizaciones correspondientes.
- h. Remitir a la persona Coordinadora de Control Interno la información institucional consolidada para su revisión y validación.

- i. Resguardar e incorporar los documentos señalados en los incisos anteriores que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones en el sistema informático o herramienta electrónica.
- j. Instrumentar permanentemente acciones de capacitación para que el personal de la institución cuente con el conocimiento necesario para la operación y el fortalecimiento del SCII.

De la persona servidora pública Enlace de Administración de Riesgos

- a. Ser el canal de comunicación e interacción con la persona Coordinadora 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, las acciones para su aplicación y los objetivos, metas, proyectos o programas institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos. Para tal efecto, se utilizará el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que proporcionará el Órgano Interno de Control de manera oportuna.
- c. Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar a la persona Coordinadora de Control Interno los proyectos institucionales de la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos.
- d. Revisar con las y los responsables de las unidades administrativas la propuesta de acciones de control que serán incorporadas al PTAR.
- e. Elaborar los proyectos del PTAR, la propuesta de su actualización y del Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos, para revisión de la persona Coordinadora de Control Interno.
- f. Solicitar a las personas titulares de las unidades administrativas involucradas la información pertinente para la integración y elaboración del proyecto del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR y presentarlo a la persona Coordinadora de Control Interno.
- g. Dar seguimiento permanente al PTAR y elaborar los Reportes de Avance Cuatrimestral, firmando en su caso las actualizaciones correspondientes.
- h. Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por las personas servidoras públicas de la institución, así como los determinados por el Comité.
- i. Resguardar e incorporar los documentos señalados en los incisos anteriores que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones en el sistema informático o herramienta electrónica.
- j. Instrumentar permanentemente acciones de capacitación para que el personal de la institución cuente con el conocimiento necesario en materia de administración de riesgos.

De la persona servidora pública Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional

- a. Ser el canal de comunicación e interacción entre la persona Coordinadora de Control Interno y las unidades administrativas de la institución.
- b. Elaborar en conjunto con las personas Enlaces de Control Interno y de Administración de Riesgos el proyecto de aspectos y avances relevantes del SCII que serán presentados al Comité.
- c. Solicitar a las unidades administrativas y/o personas servidoras públicas de la institución la información que deberá integrar en la carpeta electrónica para cada sesión, y remitir a la persona Coordinadora de Control Interno quien estará a cargo de su revisión y validación.
- d. Difundir la carpeta electrónica para consulta de las personas convocadas al Comité, asegurando que la reciban en tiempo y forma.
- e. Remitir los acuerdos tomados durante la sesión a las y los responsables de su atención.
- f. Registrar en la carpeta electrónica el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité, así como las actas y sus anexos respectivos.
- g. Instrumentar permanentemente acciones de capacitación para que el personal de la institución cuente con el conocimiento necesario sobre el funcionamiento y operación del Comité.

Del Órgano Interno De Control

1. En el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a. Asesorar y apoyar a la Comisión Estatal de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII.
- b. Participar en la conciliación de la Evaluación de Control Interno, verificando la existencia y suficiencia de cada elemento de control.
- c. Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, se cumplan en tiempo y forma.
- d. Evaluar y emitir su opinión sobre los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTCI y el Informe Anual del estado que guarda el SCII.
- e. Emitir la cronología de entregas de las herramientas de control interno, con fechas y plazos límite.

2. En la Administración de Riesgos:

- a. Asesorar y apoyar a la Comisión Estatal de forma permanente en las propuestas formuladas sobre el proceso de administración de riesgos.
- b. Promover y vigilar que las acciones de control comprometidas en el PTAR, se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos.

- c. Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en el grupo o equipos de trabajo que para tal efecto se constituyan.
- d. Evaluar y emitir su opinión sobre los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTAR.
- e. Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité, su opinión y/o comentarios sobre el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos.
- f. Emitir la cronología de entregas de las herramientas de administración de riesgos, con fechas y plazos límite.

CAPÍTULO III
EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL
SECCIÓN I
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Artículo 9. De la evaluación del SCII. El SCII deberá ser evaluado anualmente, 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 del Órgano Interno de Control u otras instancias fiscalizadoras competentes que la soliciten.

Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control a nivel institucional considerando los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) que determine la institución conforme a su mandato y características, los proyectos o programas prioritarios determinados por la persona Titular de la institución, los proyectos, programas o procesos vulnerables a la corrupción así considerados por la institución o propuestos por el Órgano Interno de Control, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

I. De la matriz de procesos prioritarios para el control interno

Los procesos seleccionados podrán ser aquellos que formen parte de un mismo macroproceso, que estén concatenados entre sí, o que se ejecuten de manera transversal entre varias áreas.

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

- a. Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en los Planes 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 a la ciudadanía, 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 Comisión Estatal deberá elaborar y remitir al Órgano Interno de Control una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), proyectos y/o programas, en los cuales se basará la Evaluación del SCII, para lo que deberá incluir al menos los siguientes conceptos:

Nombre del proceso prioritario, proyecto o programa	Tipo sustantivo/ administrativo	Unidad Administrativa responsable (dueña del proceso, proyecto o programa)	Criterios de Selección								Estrategia, objetivo o meta institucional al que se encuentra alineado
			a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)	
Proceso 1											
Proceso 2											
Proceso 3											
Proceso 4											
Proceso 5											

La institución deberá registrar aquellos procesos, proyectos o programas alineados preferentemente a los objetivos estratégicos del Plan Integral de Desarrollo; por lo que mínimo deberá considerar 4, y ser en su mayoría sustantivos.

La matriz de procesos prioritarios podrá ser actualizada con motivo de las propuestas formuladas por el Órgano Interno de Control o derivado del establecimiento de mejoras por parte de la propia institución y deberá ser firmada por la persona Titular de la Comisión Estatal y la persona Coordinadora de Control Interno, ésta última deberá remitirla al Órgano Interno de Control.

II. De la Evaluación de la aplicación del Control Interno

El Órgano Interno de Control definirá las fechas en que se realizarán las Evaluaciones de Control Interno y proporcionará en su caso, el listado de componentes a ser evaluados, en forma genérica, o específica.

La Evaluación del Control Interno se llevará a cabo a través de una cédula que establece varias etapas:

- a. Autoevaluación, que se realiza únicamente por parte de la institución.
- b. Análisis del Órgano Interno de Control.
- c. Evaluación conciliada, que se realiza entre ambas partes.

III. De la autoevaluación

Para identificar debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan supervisar y fortalecer el SCII, la institución deberá realizar al menos una vez al año, un proceso de autoevaluación.

Este proceso se realizará valorando la implementación y operación de las 5 normas generales de control interno y sus 17 principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los elementos de control y sus respectivos estándares de evaluación, que se enlistan a continuación:

Normas generales, principios y elementos de control interno

PRIMERA. AMBIENTE DE CONTROL. Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un Sistema de Control Interno eficaz e influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control. Para la aplicación de esta norma, la persona Titular y la Administración, deberán establecer y mantener un ambiente de control en toda la institución, que implique una actitud de respaldo hacia el control interno, así como vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

1. **Mostrar actitud de respaldo y compromiso.** La persona Titular y la Administración deben tener una actitud de compromiso en lo general con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y actos contrarios a la integridad; y en lo particular con lo dispuesto en el Código de Ética, el Código de Conducta, ambos de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, y demás ordenamientos normativos que propicien la integridad de las personas servidoras públicas, a través del Comité de Ética.

Actitud de respaldo de la persona Titular y la Administración. La persona Titular de la institución y la Administración deben:

- 1.01 Demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.
- 1.02 Guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución.

1.03 En las directrices, actitudes y conductas, reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de las personas servidoras públicas en la institución.

1.04 Ser un impulsor, como se muestra en los párrafos anteriores, no un obstáculo para el control interno.

Normas de conducta. La Administración debe:

1.05 Establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.

1.06 Con la supervisión de la persona titular, definir las expectativas que guarda la institución respecto de los valores éticos en las normas de conducta.

Apego a las normas de conducta. La Administración debe:

1.07 Establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de conducta de la institución y atender oportunamente cualquier desviación identificada.

1.08 Utilizar las normas de conducta como base para evaluar el apego a la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en toda la institución.

1.09 Determinar el nivel de tolerancia para las desviaciones. Puede establecer un nivel de tolerancia cero para el incumplimiento de ciertas normas de conducta, mientras que el incumplimiento de otras puede atenderse mediante advertencias a las y los servidores públicos, siempre atendiendo el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna, consistente y aplicando las leyes, reglamentos y demás normatividad que corresponda.

Programa, política o lineamiento de promoción de la integridad y prevención de la corrupción. La Administración debe:

1.10 Articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de un mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en la institución, como parte del componente de administración de riesgos (con todos los elementos incluidos en dicho componente).

Cumplimiento, supervisión y actualización continua del programa, política o lineamiento de promoción de la integridad y prevención de la corrupción. La Administración debe:

- 1.11 Asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada del programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad, medir si es suficiente y eficaz, y corregir sus deficiencias con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas a que esté sujeta.
2. **Ejercer la responsabilidad de vigilancia.** La persona Titular de la institución es responsable de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de las personas responsables de los procesos sustantivos, de la Administración y de las instancias que establezca para tal efecto.

Estructura de vigilancia

- 2.01 La persona Titular de la Comisión Estatal es responsable de establecer una estructura adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables y características de la institución.

Responsabilidad de la persona Titular de la Comisión Estatal

- 2.02 La persona Titular debe vigilar las operaciones de la Comisión Estatal, ofrecer orientación constructiva a la Administración y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que la institución logre sus objetivos en línea con el programa de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

Requisitos de la persona Titular de la Comisión Estatal

- 2.03 En la selección de la persona Titular, se debe considerar el conocimiento necesario respecto de la institución, los conocimientos especializados, la neutralidad, independencia y objetividad técnica requeridos para cumplir con las responsabilidades de vigilancia de las mismas en la institución, conforme a los requisitos y disposiciones jurídicas aplicables.
- 2.04 La persona Titular debe comprender los objetivos de la institución, sus riesgos asociados y las expectativas de sus grupos de interés.
- 2.05 La persona Titular debe demostrar además la pericia requerida para vigilar, deliberar y evaluar el control interno de la institución.

2.06 Las y los miembros que componen el Consejo, deben poner a disposición sus habilidades especializadas, que permitan la discusión, ofrezcan orientación constructiva a la persona Titular y favorezcan la toma de decisiones adecuadas.

Vigilancia general del control interno

2.07 La persona Titular debe vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del control interno realizado por la Administración. Sus responsabilidades respecto del control interno son, entre otras, las siguientes:

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

Corrección de deficiencias

2.08 La persona Titular debe proporcionar información a la Administración para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

2.09 La Administración debe informar a la persona Titular sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas.

2.10 La persona Titular es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

3. **Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad.** La persona Titular debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas

aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservar la integridad y rendir cuentas de los resultados alcanzados.

Estructura organizacional

- 3.01 La persona Titular debe instruir a la Administración y, en su caso, a las unidades administrativas, el establecimiento de la estructura organizacional necesaria para permitir la planeación, ejecución, control y evaluación de la institución en la consecución de sus objetivos.
- 3.02 La Administración debe desarrollar y actualizar la estructura organizacional con especificación y entendimiento de las responsabilidades generales, y debe asignarlas a las distintas unidades administrativas para que la institución alcance sus objetivos de manera eficiente, eficaz y económica; brinde información confiable y de calidad; cumpla con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, y prevenga, disuada y detecte actos contrarios a la integridad.
- 3.03 Como parte del establecimiento de una estructura organizacional actualizada, la Administración debe considerar el modo en que las unidades interactúan a fin de cumplir con sus responsabilidades.
- 3.04 La Administración debe evaluar periódicamente la estructura organizacional para asegurar que se alinea con los objetivos institucionales y que ha sido adaptada y actualizada a cualquier objetivo emergente, como nuevas leyes o regulaciones.

Asignación de responsabilidad y delegación de autoridad

- 3.05 Para alcanzar los objetivos institucionales, la persona Titular debe asignar responsabilidad y delegar autoridad a los puestos clave a lo largo de la institución.
- 3.06 La Administración y las personas dueñas de los procesos sustantivos deben considerar las responsabilidades generales asignadas a cada unidad, determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas y establecer dichos puestos.
- 3.07 La persona Titular debe determinar qué nivel de autoridad necesitan los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.

Documentación y formalización del control interno

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

- 3.09 La documentación y formalización efectiva del control interno apoya a la Administración en el diseño, implementación, operación y actualización de éste, al establecer y comunicar al personal el ¿cómo?, ¿qué?, ¿cuándo?, ¿dónde? y ¿por qué? del control interno.
- 3.10 La Administración debe documentar y formalizar el control interno para satisfacer las necesidades operativas de la institución. La documentación de controles, incluidos los cambios realizados a éstos, es evidencia de que las actividades de control son identificadas, comunicadas a las y los responsables de su funcionamiento y que pueden ser supervisadas y evaluadas por la institución.
- 3.11 La extensión de la documentación necesaria para respaldar el diseño, implementación y eficacia operativa de las cinco normas generales de control interno depende del juicio de la Administración, del mandato institucional y de las disposiciones jurídicas aplicables.
4. **Demostrar compromiso con la competencia profesional.** La Administración es responsable de establecer los medios necesarios para atraer, contratar, capacitar, desarrollar y retener personas que cuenten con el perfil establecido, profesionales competentes, en cada puesto y área de trabajo.

Expectativas de competencia profesional. La Administración debe:

- 4.01 Establecer expectativas de competencia profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar a la Comisión a lograr sus objetivos.
- 4.02 Contemplar los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada al establecer expectativas de competencia profesional para los puestos clave y para el resto del personal, a través de políticas al interior del Sistema de Control Interno.
- 4.03 Evaluar la competencia profesional del personal en toda la institución para asegurarse que el personal posee y mantiene un nivel de competencia profesional que le permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia del control interno.

Atracción, desarrollo y retención de profesionales

- 4.04 La Administración debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos de la Comisión. Por lo tanto, debe seleccionar y contratar, capacitar, proveer orientación en el desempeño, motivación y reforzamiento del personal.

Planes y preparativos para la sucesión y contingencias. La Administración debe:

- 4.05 Definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos.
 - 4.06 Seleccionar y capacitar a las y los candidatos que asumirán los puestos clave. Si utiliza servicios tercerizados para cumplir con las responsabilidades asignadas a puestos clave, debe evaluar si éstos pueden continuar, y en su caso, identificar otros servicios tercerizados para tales puestos.
 - 4.07 Definir los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación.
5. **Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas.** La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en la institución y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en el SCII:

Establecimiento de la estructura para responsabilizar al personal por sus obligaciones de control interno. La Administración debe:

- 5.01 Establecer y mantener actualizada una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones específicas en materia de control interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. La persona Titular debe evaluar y responsabilizar a la Administración por el desempeño de sus funciones en materia de control interno.
- 5.02 En caso de establecer incentivos para el desempeño del personal, debe reconocer que tales estímulos pueden provocar consecuencias no deseadas, por lo que debe evaluarlos a fin de que se encuentren alineados a los principios éticos y normas de conducta de la institución.
- 5.03 Responsabilizar a las organizaciones de servicios que, de ser el caso, contrate por las funciones de control interno relacionadas con las actividades tercerizadas que realicen.
- 5.04 Tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas, bajo la supervisión de la persona Titular.

Consideración de las presiones por las responsabilidades asignadas al personal. La Administración debe:

- 5.05 Equilibrar las presiones y cargas de trabajo sobre el personal de la Comisión Estatal.
- 5.06 Evaluar las presiones sobre el personal para ayudar a las y los empleados a cumplir con sus responsabilidades asignadas, en alineación con las normas de conducta, los principios éticos y el programa de promoción de la integridad.

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

Para la aplicación de esta norma, la persona Titular y la Administración deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

6. Definir metas y objetivos institucionales. La persona Titular, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos, a través de un plan estratégico que, de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación al Plan Integral de Desarrollo de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y demás planes, programas y disposiciones aplicables:

Definición de objetivos. La Administración debe:

- 6.01 Definir objetivos en términos específicos y medibles para permitir el diseño del control interno y sus riesgos asociados.
- 6.02 Definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles en la institución. La definición de los objetivos debe realizarse en alineación con el mandato, la misión y visión institucional, con su plan estratégico y con otros planes y programas aplicables, así como con las metas de desempeño.
- 6.03 Definir los objetivos en términos medibles cuantitativa y/o cualitativamente de manera que se pueda evaluar su desempeño.
- 6.04 Considerar los requerimientos externos y las expectativas internas al definir los objetivos que permiten el diseño del control interno.
- 6.05 Evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas de la institución, así

como con el Plan Integral de Desarrollo de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y demás planes, programas y disposiciones aplicables.

6.06 Determinar si los instrumentos e indicadores de desempeño para los objetivos establecidos son apropiados para evaluar el desempeño de la institución.

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

Identificación de riesgos. La Administración debe:

7.01 Identificar riesgos en toda la institución para proporcionar una base para analizarlos, diseñar respuestas y determinar si están asociados con el mandato institucional, su plan estratégico, los objetivos del Plan Integral de Desarrollo de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y demás planes, programas y disposiciones aplicables, de acuerdo con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica, y de conformidad con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables. Todas y todos los miembros de la institución que toman decisiones son responsables de los riesgos.

7.02 Para identificar riesgos, considerar los tipos de eventos que impactan a la institución. Esto incluye tanto el riesgo inherente como el riesgo residual. El riesgo inherente es el riesgo que enfrenta la institución cuando la Administración no responde ante el riesgo. El riesgo residual es el riesgo que permanece después de la respuesta de la Administración al riesgo inherente. La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos puede causar deficiencias graves en el control interno.

7.03 Considerar todas las interacciones significativas dentro de la institución y con las partes externas, cambios y otros factores tanto internos como externos, para identificar riesgos.

Análisis de riesgos. La Administración debe:

7.04 Analizar los riesgos identificados para estimar su relevancia, lo cual provee la base para responder a éstos. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos.

7.05 Estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel institución como a nivel transacción, al

considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza del riesgo.

7.06 Considerar la correlación entre los distintos riesgos o grupos de riesgos al estimar su relevancia.

Respuesta a los riesgos. La Administración debe:

7.07 Diseñar respuestas a los riesgos analizados de tal modo que éstos se encuentren debidamente controlados para asegurar razonablemente el cumplimiento de sus objetivos.

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

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

Tipos de corrupción

8.01 La Administración debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la institución, para proporcionar una base para su identificación. Entre los tipos de corrupción más comunes se encuentran:

- a. Informes financieros fraudulentos. Consistentes en errores intencionales u omisiones de cantidades o revelaciones en los estados financieros para engañar a los usuarios de estos.
- b. Apropiación indebida de activos. Podría incluir el robo de la propiedad, la malversación de los ingresos o pagos fraudulentos.
- c. Conflicto de interés. Cuando los intereses personales, familiares o de negocios de una persona servidora pública puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, comisiones o funciones.

- d. Utilización de los recursos asignados y las facultades atribuidas para fines distintos a los legales.
- e. Pretensión de las personas servidoras públicas de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la institución le otorga por el desempeño de su función.
- f. Participación indebida en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier persona servidora pública, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para un tercero.
- g. Aprovechamiento del cargo o comisión de la persona servidora pública para inducir a que otra o algún tercero efectúe, retrase u omite realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para un tercero.
- h. Coalición con otras personas servidoras públicas o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.
- i. Intimidación de la persona servidora pública o extorsión para presionar a otra a realizar actividades ilegales o ilícitas.
- j. Tráfico de influencias. Consistente en que la persona servidora pública utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otra efectúe, retrase u omite realizar algún acto de su competencia, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que la persona servidora pública o las antes referidas formen parte.
- k. Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. Cuando en el ejercicio de sus funciones, la persona servidora pública llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.
- l. Peculado. Cuando la persona servidora pública autorice, solicite o realice actos para el uso o apropiación para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que la persona servidora pública o las antes referidas formen parte, de recursos públicos, sean materiales, humanos o financieros, sin fundamento jurídico o en contraposición a las normas aplicables.

8.02 Además de la corrupción, la Administración debe considerar que pueden ocurrir otras transgresiones a la integridad, por ejemplo: el desperdicio de recursos de manera exagerada, extravagante o sin propósito; o el abuso de autoridad; o el uso del cargo para la obtención de un beneficio ilícito para sí o para un tercero.

Factores de riesgo de corrupción. La Administración debe:

8.03 Considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren.

8.04 Utilizar la información provista por partes internas y externas para identificar los riesgos de corrupción.

Respuesta a los riesgos de corrupción. La Administración debe:

8.05 Analizar y responder a los riesgos de corrupción, a fin de que sean efectivamente mitigados. Estos riesgos deben ser analizados por su relevancia, tanto individual como en su conjunto, mediante el mismo proceso de análisis de riesgos efectuado para todos los demás riesgos identificados.

8.06 Responder a los riesgos de corrupción, mediante el mismo proceso de respuesta general y acciones específicas para atender todos los riesgos institucionales analizados. Esto posibilita la implementación de controles anticorrupción en la institución. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre el personal para mejorar la segregación de funciones.

9. **Identificar, analizar y responder al cambio.** La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el control interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y/o surgir nuevos riesgos. Los cambios significativos identificados deben ser comunicados al personal adecuado de la institución mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.

Identificación del cambio. La Administración debe:

9.01 En la administración de riesgos o un proceso similar, identificar cambios que puedan impactar significativamente al control interno. La identificación, análisis y respuesta al cambio es parte del proceso regular de administración de riesgos.

9.02 Prevenir y planear acciones ante cambios significativos en las condiciones internas, tales como modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología; y externas, como cambios en los entornos gubernamental, económico, tecnológico, legal, regulatorio y social.

Análisis y respuesta al cambio

9.03 La Administración debe analizar y responder a los cambios identificados y a los riesgos asociados con éstos, con el propósito de mantener un control interno apropiado.

9.04 Las condiciones cambiantes usualmente generan nuevos riesgos o cambios a los riesgos existentes, los cuales deben ser evaluados para identificar, analizar y responder a cualquiera de éstos.

TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL: Son las acciones que define y desarrolla la Administración mediante políticas, procedimientos y tecnologías de la información con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción.

Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la institución, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

En todos los niveles de la institución existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todas las personas servidoras públicas conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o unidad administrativa. Para la aplicación de esta norma, la persona Titular y la Administración deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

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

Respuesta a los objetivos y riesgos

10.01 La Administración debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado.

Diseño de actividades de control apropiadas

10.02 La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudan a la persona Titular y a la Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno.

A continuación, se presentan de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la institución:

- a. Revisiones periódicas del desempeño a nivel función o actividad.
- b. Administración del capital humano.
- c. Controles sobre el procesamiento de la información.
- d. Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.
- e. Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño.
- f. Segregación de funciones.
- g. Ejecución apropiada de transacciones.
- h. Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.
- i. Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos.
- j. Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno.

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

10.04 La Administración debe evaluar el propósito de las actividades de control, así como el efecto que una deficiencia tiene en el logro de los objetivos institucionales. Si tales actividades cumplen un propósito significativo o el efecto de una deficiencia en el control sería relevante para el logro de los objetivos, la Administración debe diseñar actividades de control tanto preventivas como detectivas para esa transacción, proceso, unidad administrativa o función.

10.05 Las actividades de control deben implementarse ya sea de forma automatizada o manual, considerando que las automatizadas tienden a ser más confiables, ya que son menos susceptibles a errores humanos y suelen ser más eficientes. Si las

operaciones en la institución descansan en tecnologías de información, la Administración debe diseñar actividades de control para asegurar que dichas tecnologías se mantienen funcionando correctamente y son apropiadas para el tamaño, características y mandato de la institución.

Diseño de actividades de control en varios niveles. La Administración debe:

- 10.06 Diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.
- 10.07 Diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos y los riesgos en las operaciones, así como a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la institución cumpla con sus objetivos y conduzca los riesgos relacionados.
- 10.08 Los controles a nivel institución tienen un efecto generalizado en el control interno y pueden relacionarse con más de una de las normas generales.
- 10.09 Las actividades de control a nivel transacción son acciones integradas directamente en los procesos operativos para contribuir al logro de los objetivos y enfrentar los riesgos asociados, las cuales pueden incluir verificaciones, conciliaciones, autorizaciones y aprobaciones, controles físicos y supervisión.
- 10.10 Al elegir entre actividades de control a nivel institución o de transacción, evaluar el nivel de precisión necesario para que la institución cumpla con sus objetivos y enfrente los riesgos relacionados, considerando el propósito de las actividades de control, su nivel de agregación, la regularidad del control y su correlación directa con los procesos operativos pertinentes.

Segregación de funciones. La administración debe:

- 10.11 Considerar la segregación de funciones en el diseño de las responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean segregadas y, cuando dicha segregación no sea práctica, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.
- 10.12 La segregación de funciones contribuye a prevenir corrupción, desperdicio y abusos en el control interno. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades, incompatibles entre sí, las realiza una sola persona servidora pública o cuando dos o más personas servidoras públicas se confabulan para ello.

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

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

Desarrollo de los Sistemas de Información. La Administración debe:

11.01 Desarrollar los sistemas de información de la institución de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.

11.02 Desarrollar los sistemas de información para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos. Dichos sistemas contribuyen a alcanzar los objetivos institucionales y a responder a los riesgos asociados. Un sistema de información se integra por el personal, los procesos, los datos y la tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información. Un sistema de información debe incluir tanto procesos manuales como automatizados. Los procesos automatizados se conocen comúnmente como las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC's).

11.03 Desarrollar los sistemas de información y el uso de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la institución. Las TIC's permiten que la información relacionada con los procesos operativos esté disponible de la forma más oportuna y confiable para la institución. Adicionalmente, las TIC's pueden fortalecer el control interno sobre la seguridad y la confidencialidad de la información mediante una adecuada restricción de accesos. Aunque las TIC's conllevan tipos específicos de actividades de control, no representan una consideración de control "independiente", sino que son parte integral de la mayoría de las actividades de control.

11.04 Evaluar los objetivos de procesamiento de información: seguridad, integridad, oportunidad, confiabilidad, exactitud y validez, para satisfacer las necesidades de información definidas.

Diseño de los tipos de actividades de control apropiadas

11.05 La Administración debe diseñar actividades de control apropiadas en los sistemas de información para garantizar la cobertura de los objetivos de procesamiento de la

información en los procesos operativos. En los sistemas de información, existen dos tipos principales de actividades de control: generales y de aplicación.

- 11.06 Los controles generales (a nivel institución, de sistemas y de aplicaciones) son las políticas y procedimientos que se aplican a la totalidad o a un segmento de los sistemas de información. Los controles generales fomentan el buen funcionamiento de los sistemas de información mediante la creación de un entorno apropiado para el correcto funcionamiento de los controles de aplicación. Los controles generales deben incluir la administración de la seguridad, acceso lógico y físico, administración de la configuración, segregación de funciones, planes de continuidad y planes de recuperación ante desastres, entre otros.
- 11.07 Los controles de aplicación, a veces llamados controles de procesos de operación, son los controles que se incorporan directamente en las aplicaciones informáticas para contribuir a asegurar la validez, integridad, exactitud y confidencialidad de las transacciones y los datos durante el proceso de las aplicaciones. Los controles de aplicación deben incluir las entradas, el procesamiento, las salidas, los archivos maestros, las interfaces y los controles para los sistemas de administración de datos, entre otros.

Diseño de la infraestructura de las TIC's. La Administración debe:

- 11.08 Diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de las mismas. Las TIC's requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad. La infraestructura de TIC's de la institución puede ser compleja y puede ser compartida por diferentes unidades dentro de la misma o tercerizada. La Administración debe evaluar los objetivos de la institución y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's.
- 11.09 Mantener la evaluación de los cambios en el uso de las TIC's y diseñar nuevas actividades de control cuando estos cambios se incorporan en su infraestructura. También diseñar actividades de control necesarias para mantener la infraestructura de las TIC's. El mantenimiento de la tecnología debe incluir los procedimientos de respaldo y recuperación de la información, así como la continuidad de los planes de operación, en función de los riesgos y las consecuencias de una interrupción total o parcial de los sistemas de energía, entre otros.

Diseño de la administración de la seguridad. La Administración debe:

- 11.10 Diseñar actividades de control para la gestión de la seguridad sobre los sistemas de información con el fin de garantizar el acceso adecuado, de fuentes internas y externas a éstos. Los objetivos para la gestión de la seguridad deben incluir la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.
- 11.11 Diseñar las actividades de control sobre permisos para proteger a la institución del acceso inapropiado y el uso no autorizado del sistema. La gestión de la seguridad debe incluir los procesos de información y las actividades de control relacionadas con los permisos de acceso a las TIC's, incluyendo quién tiene la capacidad de ejecutar transacciones. La gestión de la seguridad debe incluir los permisos de acceso a través de varios niveles de datos, el sistema operativo (software del sistema), la red de comunicación, aplicaciones y segmentos físicos, entre otros.
- 11.12 Evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's tanto de fuentes internas como externas.
- 11.13 Diseñar actividades de control para limitar el acceso de las y los usuarios a las TIC's a través de controles como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de personas usuarias.

Diseño de la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's. La Administración debe:

- 11.14 Diseñar las actividades de control para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's. Puede utilizar un modelo de Ciclo de Vida del Desarrollo de Sistemas (CVDS) en el diseño de las actividades de control. El CVDS proporciona una estructura para un nuevo diseño de las TIC's al esbozar las fases específicas y documentar los requisitos, aprobaciones y puntos de revisión dentro de las actividades de control sobre la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la tecnología.
- 11.15 La Administración puede adquirir software de TIC's, por lo que debe incorporar metodologías para esta acción y debe diseñar actividades de control sobre su selección, desarrollo continuo y mantenimiento. Las actividades de control sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.
- 11.16 Evaluar los riesgos de la contratación de servicios tercerizados para el desarrollo de las TIC's y lo que esto representa para la integridad, exactitud y validez de la información presentada a los servicios tercerizados y ofrecida por éstos.
12. Implementar actividades de control. La Administración debe poner en operación políticas y procedimientos, que deben estar documentados y formalmente establecidos.

Documentación y formalización de responsabilidades a través de políticas. La Administración debe:

12.01 Documentar, a través de políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de control interno en la institución.

12.02 Documentar mediante políticas para cada unidad su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de sus riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la implementación de los controles y de su eficacia operativa.

12.03 Comunicar al personal las políticas y procedimientos para que éste pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas. El personal de las unidades que ocupa puestos clave puede definir con mayor amplitud las políticas a través de los procedimientos del día a día, dependiendo de la frecuencia del cambio en el entorno operativo y la complejidad del proceso operativo.

Revisiones periódicas a las actividades de control

12.04 La Administración debe revisar periódicamente las políticas, procedimientos y actividades de control asociadas para mantener la relevancia y eficacia en el logro de los objetivos o en el enfrentamiento de sus riesgos.

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

La información que las personas servidoras públicas generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el Sistema de Control Interno debe cubrir los requisitos establecidos por la Administración, con la exactitud apropiada, así como con la especificidad requerida del personal pertinente.

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

Para la aplicación de esta norma, la persona Titular y la Administración deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

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

Identificación de los requerimientos de información. La Administración debe:

- 13.01 Diseñar un proceso que considere los objetivos institucionales y los riesgos asociados a éstos, para identificar los requerimientos de información necesarios para alcanzarlos y enfrentarlos, respectivamente. Estos requerimientos deben considerar las expectativas de los usuarios internos y externos.
- 13.02 Identificar los requerimientos de información en un proceso continuo que se desarrolla en todo el control interno y conforme ocurre un cambio en la institución, en sus objetivos y riesgos, modificar los requisitos de información según sea necesario para cumplir con los objetivos y hacer frente a los riesgos modificados.

Datos relevantes de fuentes confiables

- 13.03 La Administración debe obtener datos relevantes de fuentes confiables internas y externas, de manera oportuna, y en función de los requisitos de información identificados y establecidos. Los datos relevantes tienen una conexión lógica con los requisitos de información identificados y establecidos. Las fuentes internas y externas confiables proporcionan datos que son razonablemente libres de errores y sesgos.

Datos procesados en información de calidad. La Administración debe:

- 13.04 Procesar los datos obtenidos y transformarlos en información de calidad que apoye al control interno.
 - 13.05 Procesar datos relevantes a partir de fuentes confiables y transformarlos en información de calidad dentro de los sistemas de información de la institución.
14. **Comunicar internamente.** La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.

Comunicación en toda la institución

- 14.01 La Administración debe comunicar información de calidad en toda la institución utilizando las líneas de autoridad establecidas. Tal información debe comunicarse hacia abajo, lateralmente y hacia arriba, mediante líneas de reporte, es decir, en todos los niveles de la institución.
- 14.02 La Administración debe comunicar información de calidad hacia abajo y lateralmente a través de las líneas de reporte y autoridad para permitir que el personal desempeñe funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al control interno.
- 14.03 La Administración debe recibir información de calidad sobre los procesos operativos de la institución, la cual fluye por las líneas de reporte y autoridad apropiadas para que el personal apoye a la Administración en la consecución de los objetivos institucionales.
- 14.04 La persona Titular debe recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la Administración y demás personal. La información relacionada con el control interno que es comunicada a la persona Titular debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de control interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del control interno.
- 14.05 Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, el personal utiliza líneas separadas para comunicarse de manera ascendente. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales, pueden requerir a las instituciones establecer líneas de comunicación separadas, como líneas éticas de denuncia, para la comunicación de información confidencial o sensible.

Métodos apropiados de comunicación. La Administración debe:

- 14.06 Seleccionar métodos apropiados para comunicarse internamente y considerar una serie de factores en la selección de los métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: la audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo para comunicar la información, y los requisitos legales o reglamentarios.
- 14.07 Seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o en formato electrónico, o reuniones con el personal. Asimismo, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar internamente información de calidad de manera oportuna.

15. **Comunicar externamente.** La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante. Al respecto es importante resaltar la relevancia que guarda la actualización permanente de la información del portal de la institución en términos de la normatividad aplicable en materia de transparencia y acceso a la información pública.

Comunicación con partes externas. La Administración debe:

- 15.01 Comunicar a las partes externas, y obtener de éstas, información de calidad, utilizando las líneas de reporte establecidas. Las líneas abiertas y bidireccionales de reporte con partes externas permiten esta comunicación. Las partes externas incluyen, entre otros, a los proveedores, contratistas, servicios tercerizados, reguladores, auditores externos, instituciones gubernamentales y el público en general.
- 15.02 Comunicar información de calidad externamente a través de las líneas de reporte, e incluir en esta información la comunicación relativa a los eventos y actividades que impactan el control interno, de ese modo, las partes externas pueden contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y a enfrentar sus riesgos asociados.
- 15.03 Recibir información externa a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Administración debe incluir los asuntos significativos relativos a los riesgos, cambios o problemas que afectan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para el funcionamiento eficaz y apropiado del control interno.
- 15.04 La persona Titular debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la persona Titular debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas que impactan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del control interno.
- 15.05 Informar a las partes externas sobre las líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información. Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas para comunicarse con la institución. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales pueden requerir a las instituciones establecer líneas separadas de comunicación, como las líneas de denuncia, para comunicar información confidencial o sensible.

Métodos apropiados de comunicación

- 15.06 La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse externamente. Asimismo, debe considerar una serie de factores en la selección de dichos métodos, entre los que se encuentran: audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo, y los requisitos legales o reglamentarios.
- 15.07 Con base en la consideración de los factores, la Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o formato electrónico, o reuniones con el personal. De igual manera, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas óptimas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.
- 15.08 La Comisión Estatal debe informar sobre su desempeño a las instancias y autoridades que correspondan, de acuerdo con las disposiciones aplicables. Adicionalmente, debe rendir cuentas a la ciudadanía sobre su actuación y desempeño.

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

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

El SCII debe mantenerse en un proceso de supervisión y mejora continua, con el propósito de asegurar que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, verificación y evaluación interna y/o por las diferentes instancias fiscalizadoras competentes, se resuelva con oportunidad y diligencia, dentro de los plazos establecidos de acuerdo a las acciones a realizar, debiendo identificar y atender la causa raíz de las mismas a efecto de evitar su recurrencia.

Para la aplicación de esta norma, la persona Titular y la Administración deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

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

Establecimiento de bases de referencia

- 16.01 La Administración debe establecer bases de referencia para supervisar el control interno, comparando su estado actual contra el diseño efectuado por la Administración. Dichas bases representarán la diferencia entre los criterios de diseño del control interno y su estado en un punto específico en el tiempo, por lo que deberán revelar las debilidades y deficiencias detectadas en el control interno de la institución.
- 16.02 Una vez establecidas las bases de referencia, la Administración debe utilizarlas como criterio en la Evaluación del Control Interno, y cuando existan diferencias entre las bases y las condiciones reales, realizar los cambios necesarios para reducirlas, ajustando el diseño del control interno y enfrentar mejor los objetivos y los riesgos institucionales o mejorar la eficacia operativa del control interno. Como parte de la supervisión, la Administración debe determinar cuándo revisar las bases de referencia, mismas que servirán para las evaluaciones de control interno subsecuentes.

Supervisión del control interno. La Administración debe:

- 16.03 Supervisar el control interno a través de autoevaluaciones y evaluaciones independientes. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones de la institución, se realizan continuamente y responden a los cambios. Las evaluaciones independientes se utilizan periódicamente y pueden proporcionar información respecto de la eficacia e idoneidad de las autoevaluaciones.
- 16.04 Realizar autoevaluaciones al diseño y eficacia operativa del control interno como parte del curso normal de las operaciones, en donde se deben incluir actividades de supervisión permanente por parte de la Administración, comparaciones, conciliaciones y otras acciones de rutina, así como herramientas automatizadas, las cuales permiten incrementar la objetividad y la eficiencia de los resultados mediante la recolección electrónica de las autoevaluaciones a los controles y transacciones.

- 16.05 Incorporar evaluaciones independientes para supervisar el diseño y la eficacia operativa del control interno en un momento determinado, o de una función o proceso específico. El alcance y la frecuencia de dichas evaluaciones dependen, principalmente, de la administración de riesgos, la eficacia del monitoreo permanente y la frecuencia de cambios dentro de la institución y en su entorno.
- 16.06 Las evaluaciones independientes también incluyen auditorías y otras evaluaciones que pueden implicar la revisión del diseño de los controles y la prueba directa a la implementación del control interno.
- 16.07 Conservar la responsabilidad de supervisar si el control interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los servicios tercerizados. También debe utilizar autoevaluaciones, las evaluaciones independientes o una combinación de ambas para obtener una seguridad razonable sobre la eficacia operativa de los controles internos sobre los procesos asignados a los servicios tercerizados.

Evaluación de resultados. La Administración debe:

- 16.08 Evaluar y documentar los resultados de las autoevaluaciones y de las evaluaciones independientes para identificar problemas en el control interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar si el control interno es eficaz y apropiado.
 - 16.09 Identificar los cambios que han ocurrido en el control interno, derivados de modificaciones en la institución y en su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Administración a identificar problemas en el control interno como son las quejas o denuncias de la ciudadanía y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos.
- 17. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias.** Todas las personas servidoras públicas de la institución deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a las y los responsables de adoptar medidas correctivas, como a la persona Titular, a la Administración y, en su caso, al Consejo, a través de las líneas de reporte establecidas; la Administración es responsable de corregir las deficiencias de control interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por las y los responsables. Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la institución.

Informe sobre problemas

- 17.01 Todo el personal debe reportar a las partes que resulten competentes los problemas de control interno que hayan detectado, mediante las líneas de

reporte establecidas, para que la Administración, las unidades especializadas, en su caso, y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones.

- 17.02 El personal puede identificar problemas de control interno en el desempeño de sus responsabilidades. Asimismo, debe comunicar estas cuestiones internamente a quienes sean responsables del control interno o proceso asociado y, cuando sea necesario, de un nivel superior, a la persona designada. Dependiendo de la naturaleza de los temas, el personal puede considerar informar determinadas cuestiones a la Administración y de ser el caso a la persona Titular.
- 17.03 En función de los requisitos legales o de cumplimiento, la institución también puede requerir informar de los problemas a los terceros pertinentes, tales como legisladores, reguladores, organismos normativos y demás encargados de la emisión de criterios y disposiciones normativas a las que la institución está sujeta.

Evaluación de problemas

- 17.04 La Administración debe evaluar y documentar los problemas de control interno y debe determinar las acciones correctivas apropiadas para hacer frente oportunamente a los problemas y deficiencias detectadas. Adicionalmente, puede asignar responsabilidades y delegar autoridad para la apropiada remediación de las deficiencias de control interno.

Acciones correctivas

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

Elementos de Control

Ambiente de control

1. Las personas servidoras públicas de la Comisión, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, misión y visión 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 Comisión 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.
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.

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 la persona servidora pública facultada para ello conforme a la normatividad aplicable.
11. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de las y los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos.

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.

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 competentes, 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.
24. Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para 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).

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 Consejo, 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).
30. Se cuenta con un sistema de información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la persona Titular, la alta dirección y, en su caso, al Consejo realizar seguimientos y tomar decisiones (institucional).

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

La persona Coordinadora de Control Interno deberá implementar acciones concretas para asegurar que las y los responsables de las unidades administrativas apliquen la autoevaluación en la institución y/o en los procesos (sustantivos y administrativos), programas o proyectos seleccionados en la matriz, como base para comprometer acciones de mejora en el Programa de Trabajo de Control Interno.

Se podrán realizar tantas autoevaluaciones como se decida por parte de cada institución, para evaluar y documentar la mejora de sus resultados, el desempeño de su SCII y/o la eficiencia gubernamental.

Una vez concluida la autoevaluación por parte de la institución, la persona Coordinadora deberá remitir al Órgano Interno de Control, el resumen de autoevaluación con su firma y la de la persona Enlace de Control Interno, la cédula con la calificación obtenida, así como las evidencias documentales y/o electrónicas que comprueban el grado de cumplimiento de cada estándar evaluado.

La evidencia original deberá ser resguardada por las y los dueños de los procesos que las generan, y mantenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras competentes que lo soliciten.

IV. Del análisis, la evidencia y sus características

El Órgano Interno de Control procederá al análisis de la autoevaluación, para validar que la evidencia documental y/o electrónica presentada en cada uno de los estándares de evaluación, cumpla con las siguientes características:

1. **Competente.** Cuando reúne las características de viabilidad y validez.
2. **Pertinente.** Cuando existe una relación o correspondencia directa con el elemento de control y el cumplimiento de sus condiciones.
3. **Suficiente.** Cuando la cantidad de evidencias comprueben la existencia del elemento de control.
4. **Relevante.** Cuando existe una relación significativa entre la evidencia y el uso establecido a través de las autoridades correspondientes.

El Órgano Interno de Control difundirá a través de la herramienta vigente, el listado de evidencias documentales y/o electrónicas enunciativas, más no limitativas, para sustentar la aplicación de cada elemento de control, las cuales podrán ser consideradas o complementadas con otras que la propia institución tenga establecidas para comprobar que cumple con las condiciones de cada estándar de evaluación.

V. De la evaluación conciliada

Con base en los resultados obtenidos de su análisis, el Órgano Interno de Control procederá a conciliar con la o el Coordinador de Control Interno las calificaciones de grado final de cada estándar de evaluación, y emitir el Resumen de la Cédula Conciliada.

En caso de alguna diferencia de opinión, se deberán documentar las observaciones al respecto. Una vez concluida la conciliación de la evaluación, se procederá a las firmas correspondientes por parte de la persona Titular de la institución, el Órgano Interno de Control, el(la) Coordinador(a) de Control Interno y el(la) Enlace de Control Interno.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá:

- a. Remitirlo al Órgano Interno de Control debidamente signado, al menos una vez al año conforme a la cronología establecida, o bien, cada vez que se genere una nueva evaluación conciliada por parte de la institución.
- b. Presentarlo al Comité, en su siguiente sesión ordinaria.

SECCIÓN II

FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Artículo 10. Del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). La persona Coordinadora de Control interno deberá implementar acciones concretas para la integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno. Quien sea responsable o dueño(a) del proceso deberá establecer y comprometer acciones derivadas de la evaluación.

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 nombre de la persona responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización de quien ocupe la titularidad de la Comisión, de revisión de la persona Coordinadora de Control Interno y de elaboración de la persona Enlace de Control Interno.

Las acciones de mejora deberán programarse para ser concluidas a más tardar al cierre de cada cuatrimestre respectivamente; en caso contrario, se documentarán y presentarán en el Comité las justificaciones correspondientes. Además, deberán considerarse los aspectos no atendidos, en la siguiente evaluación anual de control interno y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCl.

La persona Coordinadora de Control interno deberá:

- a. Remitirlo al Órgano Interno de Control, debidamente signado, al menos una vez al año conforme a la cronología establecida, o bien, cada vez que se genere una actualización por parte de la institución.
- b. Presentarlo al Comité, en su siguiente sesión ordinaria.

Actualización del PTCl. El PTCl podrá ser actualizado con motivo de las propuestas formuladas por el Órgano Interno de Control, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCl original, de las evaluaciones cuatrimestrales, o al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la institución. El PTCl actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la siguiente sesión ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

Artículo 11. Del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCl. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCl, deberá realizarse periódicamente por la persona Coordinadora de Control interno para informar cuatrimestralmente a quien ocupe la titularidad de la institución el resultado, a través del Reporte de Avance Cuatrimestral, 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 el porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las que estén pendientes, sin avance.
- b. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité.
- 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. El reporte deberá presentarse por escrito, con firma de la persona Coordinadora de Control Interno y anexando el PTCl, donde se especifique el porcentaje de avance.

La persona Coordinadora de Control interno deberá:

- a. Remitirlo a la persona Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada cuatrimestre, para que esa instancia pueda dar seguimiento a los medios de verificación y emitir la evaluación correspondiente.
- b. Presentarlo al Comité, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada cuatrimestre.

De la evidencia documental. La evidencia documental y/o electrónica suficiente que acredite la implementación de las acciones de mejora y/o avances reportados sobre el cumplimiento del PTCl, deberá ser resguardada por las y los servidores públicos responsables de su implementación y estará a disposición del Órgano Interno de Control y demás instancias fiscalizadoras competentes que lo soliciten.

Artículo 12. De la Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCl. El Órgano Interno de Control realizará la Evaluación del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCl, la cual deberá contener al menos lo siguiente:

- a. Observaciones respecto al avance y cumplimiento de las acciones comprometidas, descritas en el reporte correspondiente.
- b. Sugerencias con respecto al cumplimiento de las acciones de mejora reportadas que presenten algún tipo de problemática, o a las propuestas de solución planteadas.
- c. Conclusiones generales sobre el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCl evaluado.

La Evaluación deberá elaborarse, con firma autógrafa de la persona Titular del Órgano Interno de Control, y:

- a. Remitirse a la persona Coordinadora de Control Interno, con copia a quien ocupe la titularidad de la institución, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCl.
- b. Presentarse al Comité, y en su caso, al Consejo, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada cuatrimestre.

Artículo 13. Del Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional. El Informe Anual no deberá exceder de cinco cuartillas y se integrará con los siguientes apartados:

- I. Aspectos relevantes derivados de la o las evaluaciones conciliadas:

- a. Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y principios evaluados; en su caso, comparado con evaluaciones anteriores.
 - b. Análisis del comportamiento de los grados de calificación y/o porcentajes de cumplimiento de las 5 normas generales, así como de aquellos elementos de control que presenten mayores debilidades o áreas de oportunidad.
- 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. Análisis del impacto en la eficiencia del desempeño institucional, derivado de la aplicación del SCII.
 - IV. Compromisos para llevar a cabo las acciones necesarias para el fortalecimiento de la gestión institucional.

El Informe Anual deberá ser firmado por la persona Coordinadora de Control Interno y:

- a. Remitido al Órgano Interno de Control, con copia a la persona Titular de la Institución, a más tardar el 31 de enero de cada año. Y en casos fortuitos o por causas de fuerza mayor, podrá solicitarse por esta instancia en fecha distinta.
- b. Presentado al Comité en la primera sesión ordinaria, de cada año calendario.
- c. Presentado al Consejo, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

Artículo 14. De la Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual del estado que guarda el SCII. El Órgano Interno de Control, emitirá una Evaluación al Informe Anual, la cual debe contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

- I. Particularidades más relevantes señaladas por la persona Coordinadora de Control Interno en el Informe Anual, así como de los elementos mínimos requeridos por las presentes Disposiciones.
- II. La variación en los resultados obtenidos derivados de las evaluaciones conciliadas, cuando exista más de una.
- 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 SCII.

- IV. El porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora programadas respecto a las alcanzadas, así como en su caso, de las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones propuestas en el PTCl del ejercicio inmediato anterior.
- V. El diseño, implementación y eficacia operativa del SCII.
- VI. Conclusiones y propuestas, con énfasis del impacto en la eficiencia del desempeño institucional, derivado de la aplicación del SCII.

El Órgano Interno de Control llevará a cabo la Evaluación del Informe Anual, con base en la última versión oficial del PTCl, de la Evaluación Conciliada y/o cualquier otro reporte o información relativa a la aplicación del SCII que requiera para tal fin.

La Evaluación deberá contener la firma autógrafa de la persona Titular del Órgano Interno de Control, y:

- a. Remitirse a la persona Coordinadora de Control Interno, con copia a quien ocupe la titularidad de la institución, a más tardar el último día hábil del mes de febrero.
- b. Presentarse al Comité y, en su caso, al Consejo de la Comisión Estatal, en su siguiente sesión ordinaria.

TÍTULO TERCERO
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
CAPÍTULO I
PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
SECCIÓN I
METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Artículo 15. Del inicio del proceso. El proceso de administración de riesgos requiere la conformación de un Grupo de Trabajo en el que participen la persona Titular de la institución, las y los titulares de todas las unidades administrativas de la Comisión, el Órgano Interno de Control, la o el Coordinador de Control Interno y quienes hayan sido designados como Enlace de Administración de Riesgos y Enlace de Control Interno.

La metodología general de administración de riesgos deberá tomarse como base para la específica que aplique la Comisión Estatal, y en caso de requerir alguna etapa o actividad adicional a la establecida, ésta deberá estar debidamente aprobada por la persona Titular de la institución, y se tendrá que documentar su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos, además de presentarse y quedar validada formalmente ante el Órgano Interno de Control, previo a su implementación.

Artículo 16. De las etapas de la metodología de administración de riesgos. La metodología general de administración de riesgos cuenta con 7 etapas que se describen a continuación.

- I. **Comunicación y consulta.** Se realizará conforme a lo siguiente:
 - a. Considerar el plan estratégico institucional, misión, visión, objetivos, metas, los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), los proyectos y programas clasificados con el carácter de prioridad por parte de la persona Titular de la institución, así como las y los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos.
 - b. Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento, sin perder de vista el nivel más estratégico de la institución.
 - c. Identificar los procesos, procedimientos o actividades susceptibles a riesgos de corrupción, conforme a la metodología establecida en las presentes Disposiciones.

Lo anterior debe tener como propósito:

1. Establecer un contexto apropiado.
 2. Asegurar que los objetivos, metas, proyectos, programas y procesos de la Comisión 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.
 4. Constituir un Grupo de Trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la institución para la adecuada identificación de los riesgos.
- II. **Contexto.** 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.
- e. Considerar las observaciones emitidas por los entes fiscalizadores competentes con el propósito de evitar su recurrencia.

III. **Evaluación de riesgos.** Se realizará conforme a lo siguiente:

1. **Identificación, selección y descripción de riesgos.** Con base en los resultados del análisis del contexto se lleva a cabo la identificación de los riesgos con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucionales.

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, 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.

Sustantivo + Verbo en participio + Adjetivo, adverbio o complemento circunstancial negativo = Riesgo

2. **Nivel de decisión del riesgo.** Se identificará el nivel organizacional de decisión que requiere el tratamiento del riesgo, de acuerdo con lo siguiente:

Estratégico: Requiere la toma de decisiones del más alto nivel institucional, ya sea por la persona Titular de la institución o por el equipo de alta dirección en forma colegiada, ya que, en caso de materializarse el riesgo, puede afectar negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos, metas, las finanzas, la reputación o provocar la interrupción prolongada de las operaciones.

Directivo: Generalmente pueden ser atendidos por los mandos que reportan en forma directa a la persona Titular de la institución porque la materialización del riesgo puede impactar negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la institución. La persona Titular de la institución debe tener conocimiento sobre estos riesgos, y su tratamiento.

Operativo: Son atendidos por este nivel cuando la materialización del riesgo puede repercutir en la eficacia o eficiencia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución. Un riesgo de operación materializado puede llegar a afectar sensiblemente el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución. La persona Titular del área administrativa, o dueño del proceso de que se trate, será la o el responsable de la debida atención del riesgo aun cuando la implementación del control y su operación quede a cargo del nivel operativo, por lo que, para efectos prácticos, no se identificarán riesgos con este nivel de decisión en la Matriz de Administración de Riesgos que sea remitida al Órgano Interno de Control.

3. **Clasificación de los riesgos.** Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo con la naturaleza de la institución, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo:

Riesgos estratégicos/sustantivos: Se enfocan en asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la definición de políticas, el diseño y la conceptualización del ente por parte de la alta dirección.

Riesgos de cumplimiento: Se asocian con la capacidad de la institución para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la ciudadanía.

Riesgos de imagen o reputación: Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.

Riesgos de corrupción: Relacionados con el uso indebido del cargo, empleo o comisión de una persona servidora pública para beneficio propio o de terceros.

Otro: Algún otro que se considere pertinente registrar, especificando; siempre y cuando no esté relacionado con los otros tipos y no sea factor de riesgo.

4. **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 relacionan con la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.

Normativo: Tienen que ver 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.

5. **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 institución.

Externo: Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la institución.

6. **Identificación de los posibles efectos de los riesgos.** Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas, objetivos, en los procesos, la operación, los bienes o la imagen institucionales en caso de materializarse el riesgo identificado.

Las dimensiones del efecto del riesgo materializado podrán referirse a:

Efectividad de gestión: Afecta de forma negativa y relevante el logro de los objetivos o el desempeño de las funciones sustantivas definidas en los planes o programas institucionales.

Económica: Costo asociado a la materialización del riesgo analizado desde la perspectiva del daño a los activos físicos o financieros de la institución y que se traduce en el deterioro del presupuesto asignado para su funcionamiento.

Reputación institucional: Detrimiento de la imagen de la institución evaluado desde la percepción de la ciudadanía, teniendo en cuenta el volumen de quejas, reclamos, sugerencias y peticiones, las posibles sanciones por parte de entes de fiscalización competentes y el nivel que alcance la divulgación de los riesgos materializados.

Operacional: Retraso o paro en la operación de la institución evaluado con base en la duración del evento de riesgo y la cantidad de información que pueda verse afectada o comprometida por su ocurrencia.

Humana: Daños que pueden presentarse en la integridad física de las personas servidoras públicas o ciudadanas debido a la materialización del riesgo.

7. 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; puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos, o de impacto ambiental, deterioro de la imagen, dejar sin funcionar a la institución totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos.
9		
8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, el logro de las metas y objetivos institucionales, puede implicar incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental, deterioro de la imagen, y 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 plazo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
3		
2	Menor	Puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Institución.
1		

8. 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, entre 90% y 100%.
9		
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta. Entre 70% y 89% la probabilidad de que se materialice el riesgo.
7		
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media. Entre 50% y 69% la probabilidad de que se materialice el riesgo.
5		
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja. Entre 30% y 49% la probabilidad de que se materialice el riesgo.
3		
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Entre 1% y 29% la probabilidad 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.

Tratándose de los riesgos de corrupción, éstos serán considerados de impacto grave, ya que su materialización lesiona la imagen o reputación, confianza, credibilidad y transparencia de la institución ante la ciudadanía, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

IV. Evaluación de controles. Se realizará conforme a lo siguiente:

- a. Comprobar la existencia 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:

- 1.1. Está documentado: Que se encuentra descrito.
- 1.2. Está formalizado: Se encuentra autorizado por la persona servidora pública facultada.

- 1.3. Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control, y
- 1.4. 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.

VI. 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 es deficiente, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial.
- 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, la institución podrá 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.

- ## VII. 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 siguientes cuadrantes:

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.

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.

VIII. **Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos.** Se realizará considerando lo siguiente:

- a. Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:
 1. **Evitar el riesgo.** Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que si una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.
 2. **Reducir el riesgo.** Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.
 3. **Asumir el riesgo.** Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el cuadrante III, riesgos controlados de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.
 4. **Transferir el riesgo.** Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:

Protección o cobertura: Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.

Aseguramiento: Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia

posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible.

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

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

Artículo 17. Tolerancia al riesgo. La Administración deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por la institución. 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 su comportamiento, mediante indicadores que para tal efecto establezcan, reportando en todo momento a la persona Titular de la institución y Coordinador(a) de Control Interno, en caso de que el riesgo exceda el nivel de tolerancia establecido.

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

Artículo 18. 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 comunicación, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad, 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 controles respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar su implementación y operación, 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.

Artículo 19. Matriz y Mapa de Administración de Riesgos. El Grupo de Trabajo conformado desde el inicio de este proceso deberá participar durante todo el desarrollo de la metodología, para generar la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa correspondiente.

El Mapa de Riesgos de la institución deberá ser remitido al Órgano Interno de Control, debidamente firmado por la persona Titular, Coordinador(a) de Control Interno y Enlace de Administración de Riesgos, acompañado de la versión electrónica de la Matriz de Administración de Riesgos correspondiente.

Independientemente de las fechas de cumplimiento establecidas, el seguimiento y/o actualización de la Matriz de Administración de Riesgos, y el mapa respectivo, deberán realizarse en forma permanente, por parte del Grupo de Trabajo para asegurar la gestión oportuna de los riesgos.

Para dar de baja cualquier riesgo que haya sido previamente identificado y documentado en la Matriz de Administración de Riesgos, esta acción deberá justificarse plenamente, a razón de una reingeniería de procesos, cambios legales o cambios en la estructura de la institución, y presentarse por parte de la persona Coordinadora de Control Interno al Comité, y en caso de así convenirlo, quedará registrado como punto de acuerdo en el acta correspondiente.

La actualización de la Matriz de Administración de Riesgos que se utilice para conformar el programa de trabajo del siguiente ciclo, deberá formalizarse a más tardar en el último bimestre del año en curso.

SECCIÓN II SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS

Artículo 20. Del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones de control, se elaborará el PTAR, debidamente firmado por la persona Titular de la Institución, el(la) Coordinador(a) de Control Interno y el(la) Enlace de Administración de Riesgos, e incluirá:

- a. Los riesgos
- b. Los factores de riesgo
- c. Las estrategias para administrar los riesgos
- d. Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, registrando:

1. Nombre de la Unidad Administrativa
2. Nombre del responsable de su implementación
3. Fechas de inicio y término de las acciones
4. Medios de verificación

Para la programación de las acciones de control en el PTAR, deberá darse prioridad a aquellas relacionadas con riesgos de alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto.

La persona Coordinadora de Control interno deberá:

- a. Remitirlo al Órgano Interno de Control, debidamente signado, al menos una vez al año conforme a la cronología establecida, o bien, cada vez que se genere una actualización por parte de la institución.
- b. Presentarlo al Comité, en la siguiente sesión ordinaria.

Actualización del PTAR. El PTAR podrá ser actualizado con motivo de las propuestas formuladas por el Órgano Interno de Control, o al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de control determinadas por la institución, a través del Grupo de Trabajo que analiza y gestiona los riesgos. El PTAR actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la siguiente sesión ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

Artículo 21. Del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por las personas Coordinadora de Control Interno y Enlace de Administración de Riesgos para informar cuatrimestralmente a quien ocupe la titularidad de la Comisión el resultado, a través del Reporte de Avance Cuatrimestral 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 que estén pendientes, sin avance.
- b. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité.
- c. Los riesgos que fueron identificados en el cuatrimestre y por lo tanto incorporados en la Matriz de Administración de Riesgos y el PTAR.
- d. 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 SCII y en el cumplimiento de metas y objetivos.

- e. Firmas de las personas Coordinadora de Control Interno y Enlace de Administración de Riesgos.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá:

- a. Remitirlo al Órgano Interno de Control dentro de los 10 días hábiles posteriores al cierre de cada cuatrimestre, para que esa instancia pueda dar seguimiento a los medios de verificación y emitir la evaluación correspondiente.
- b. Presentarlo al Comité, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada cuatrimestre.

De la evidencia documental. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por las personas servidoras públicas responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional y deberá ponerse a disposición del Órgano Interno de Control, a través de la persona designada como Enlace de Administración de Riesgos.

Artículo 22. De la Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR. El Órgano Interno de Control realizará la Evaluación del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR, la cual deberá contener al menos lo siguiente:

- a. Observaciones respecto al avance y cumplimiento de las acciones de control comprometidas, descritas en el reporte correspondiente.
- b. Sugerencias con respecto al cumplimiento de las acciones de control reportadas que presenten algún tipo de problemática, o a las propuestas de solución planteadas.
- c. Conclusiones generales sobre el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR evaluado.

La Evaluación deberá elaborarse con firma autógrafa de la persona Titular del Órgano Interno de Control, y:

- a. Remitirse a la persona Coordinadora de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR.
- b. Presentarse al Comité, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada cuatrimestre.

Artículo 23. Del Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos. Se realizará un Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de

Administración de Riesgos del año inmediato anterior, que deberá constar de por lo menos dos cuartillas y contener lo siguiente:

- a. Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos.
- b. Comparativo del total de riesgos por cuadrante.
- c. Variación del total de riesgos y por cuadrante.
- d. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

El Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y la persona Coordinadora de Control Interno deberá:

- a. Presentarlo al Comité en la primera sesión ordinaria de cada año calendario.
- b. Remitirlo al Órgano Interno de Control, a más tardar el 31 de enero de cada año.

Artículo 24. De la presentación de comentarios del Órgano Interno de Control al Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos. El Órgano Interno de Control realizará el análisis correspondiente al Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos y presentará su opinión o comentarios ante el Comité, durante la primera sesión ordinaria.

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

Artículo 25. De los objetivos del Comité. El Comité de Control y Desempeño Institucional tendrá los siguientes objetivos:

- I. Revisar y evaluar el comportamiento de los indicadores de desempeño institucional, dar seguimiento y asegurar razonablemente el cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, a la mejora de los programas presupuestarios y proyectos clasificados como prioritarios por la persona Titular de la institución.
- II. Analizar, evaluar y dar seguimiento a las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción.

- III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas.
- IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos.
- V. Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus normas generales, principios o elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTCl.
- VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar la materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de órganos fiscalizadores competentes, atendiendo la causa raíz de las mismas.
- VII. Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten.

CAPÍTULO II DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

Artículo 26. De la integración del Comité. El Comité será encabezado e instalado por la persona Titular de la Comisión Estatal y se integrará por las y los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

- I. **Presidente(a):** Titular de la Comisión Estatal.
- II. **Vocal Ejecutivo(a):** Titular de la Dirección Jurídica o equivalente.
- III. **Vocales:**
 - a. Titular de la Dirección de Servicios Administrativos o equivalente.
 - b. Titular del Departamento de Tecnologías de Información o equivalente.
 - c. Coordinador(a) de Control Interno (cuando no participe como presidente(a) suplente).

Artículo 27. De las personas invitadas. Se podrán incorporar al Comité como invitados(as):

- a. Titular del Órgano Interno de Control
- b. Los y los responsables de las áreas de la Comisión competentes de los asuntos a tratar en la sesión.

- c. Las personas servidoras públicas de la Comisión que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución.
- d. Personas externas a la Comisión, expertas en asuntos relativos al SCII, u otros relativos a la institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de las y los miembros del Comité con autorización de quien funja como Presidente(a).
- e. La persona Titular o representante de la Unidad de Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control designada por su Titular.
- f. La persona Enlace del Comité, para apoyar al Vocal Ejecutivo y al Coordinador de Control Interno, durante la logística de la sesión, así como las personas Enlaces de Control Interno y de Administración de Riesgos.

Las y los invitados señalados en el presente artículo participarán en el Comité con voz, pero sin voto; podrán proponer a consideración del Comité, temas relativos al desempeño institucional, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos.

Se podrá determinar, conforme a lo que se establezca en el Orden del Día, que la permanencia y participación de las y los invitados externos sea únicamente durante la presentación de los puntos para los cuales fueron convocados.

La persona invitada Titular del Órgano Interno de Control y representante de la Unidad de Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control, deberán ser convocadas invariablemente a las sesiones del Comité, para vigilar su adecuado funcionamiento

Artículo 28. De las personas suplentes. Las suplencias en el Comité, podrán darse únicamente por excepción y deberán estar debidamente fundamentadas, las y los miembros propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico similar o inmediato inferior, especificando quienes intervendrán en las ausencias de aquellos(as), con el visto bueno de quien represente la Presidencia del Comité.

En el caso específico de quien represente la Presidencia del Comité, sólo podrá designar como suplente, por causas fortuita o de fuerza mayor y con el visto bueno de la persona Titular del Órgano Interno de Control a la o el Coordinador(a) de Control Interno o a una persona servidora pública de nivel jerárquico inmediato inferior al de quien ocupe la titularidad, otorgándole las facultades necesarias para la toma de decisiones.

En caso de que la persona Coordinadora de Control Interno funja como suplente de la Presidencia, deberá ser a su vez representada por cualquiera de los Enlaces del SCII, preferentemente, por el Enlace de Control Interno.

Las suplencias de las y los Vocales se podrán realizar hasta el nivel de Director(a), Titular de Departamento o equivalente.

Para fungir como suplentes, las personas servidoras públicas deberán contar con acreditación por escrito del miembro propietario, dirigida a quien funja como Vocal Ejecutivo(a), de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica correspondiente. Las y los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a las y los propietarios.

CAPÍTULO III ATRIBUCIONES DEL COMITÉ Y FUNCIONES DE LAS Y LOS MIEMBROS

Artículo 29. De las atribuciones del Comité. El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Aprobar el Orden del Día.
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:
 - a. El Informe Anual y/o los Reportes de Avance Cuatrimestral.
 - b. El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCl, así como su reprogramación o replanteamiento.
 - c. Las propuestas del Órgano Interno de Control derivadas de la Evaluación del Informe Anual y/o Reportes de Avance Cuatrimestral.
 - d. Atención en tiempo y forma de las observaciones de instancias de fiscalización competentes y vigilancia.
- III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular propuestas para fortalecer la administración de riesgos, derivados de:
 - a. La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones.
 - b. El Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR.
 - c. El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos.
 - d. La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por el Órgano Interno de Control o por otras instancias externas de fiscalización competentes.
- IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño institucional, particularmente con respecto a:

- a. El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero.
 - b. La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados.
 - c. La revisión del cumplimiento de los programas y temas transversales de la institución mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.
 - d. La atención de las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras competentes y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética por conductas contrarias al Código de Ética, las Reglas de Integridad y al Código de Conducta.
- V. Dar seguimiento a las propuestas y acuerdos aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma.
 - VI. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias.
 - VII. Ratificar las actas de las sesiones.
 - VIII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

Artículo 30. De las funciones de los miembros.

1. De quien ocupe la Presidencia del Comité. La o el Presidente(a) del Comité tendrá las funciones siguientes:
 - I. Determinar conjuntamente con la persona Coordinadora de Control Interno y quien ejerza funciones de Vocal Ejecutivo(a), los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de las y los Vocales y, cuando corresponda, la participación de las personas responsables de las áreas competentes de la institución.
 - II. Instalar y/o presidir las sesiones del Comité.
 - III. Declarar el quórum legal.
 - IV. Poner a consideración de las y los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación.
 - V. Someter a consideración del Comité la ratificación del acta de la sesión anterior.
 - VI. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados al Comité.
 - VII. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión al Consejo, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria posterior a la celebración del Comité.
 - VIII. Fomentar la actualización de conocimientos y capacidades de las y los miembros propietarios en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

2. De las y los miembros propietarios. Corresponderá a las y los miembros propietarios del Comité:

- I. Asistir a las sesiones ordinarias y extraordinarias a las que sean convocados.
- II. Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité.
- III. Aprobar el Orden del Día de las sesiones ordinarias y extraordinarias, así como ratificar el acta de la sesión anterior.
- IV. Votar los acuerdos que se someten a su consideración.
- V. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité.
- VI. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité.
- VII. Proponer la participación de invitados(as).
- VIII. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité.
- IX. Analizar con anticipación la información contenida en la carpeta electrónica de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos.
- X. Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional, a través de la cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su oportuna atención.

3. De la o el Vocal Ejecutivo(a). La o el Vocal Ejecutivo(a) del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de las y los miembros e invitado(a)s y verificar el quórum legal.
- II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité en la última sesión del año.
- III. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta del Orden del Día.
- IV. Colaborar con quien preside el Comité, en la conducción de las sesiones que se celebren.
- V. Presentar por sí, o en coordinación con la institución, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos.
- VI. Elaborar la cédula de problemáticas o situaciones críticas, por sí mismo o a sugerencia de los miembros propietarios del comité.
- VII. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por las y los responsables, así como promover su atención cuando se requiera.
- VIII. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de las y los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo.
- IX. Verificar y validar que la información institucional que compete a las unidades administrativas de la Comisión fue integrada y capturada en la carpeta electrónica, por la persona designada como Enlace del Comité, para consulta de las personas convocadas, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión.

4. De la persona Titular o representante de la Unidad de Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control de la Comisión Estatal. La persona Titular o representante de la UMGP tendrá las funciones siguientes:

- I. Participar con voz, pero sin voto, en las sesiones del Comité, para evaluar que éstas se lleven a cabo conforme a lo establecido en las presentes Disposiciones.
- II. Comunicar a la o el Vocal Ejecutivo(a) las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, cuando así lo estime pertinente.
- III. Vigilar el cumplimiento de las presentes Disposiciones y emitir propuestas para asegurar el debido funcionamiento de cualquier actuación y elemento del SCII.
- IV. Llevar a cabo la revisión de los mecanismos y herramientas de control interno, incluyendo la cédula de evaluación y los programas de trabajo correspondientes.

CAPÍTULO IV
POLÍTICAS DE OPERACIÓN DEL COMITÉ
SECCIÓN I
DE LAS SESIONES

Artículo 31. Del tipo de sesiones y periodicidad. El Comité celebrará 3 sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de asuntos específicos relativos al desempeño institucional.

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del cuatrimestre posterior al que se reporta, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de cada cuatrimestre del ejercicio, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones, de conformidad a la cronología prevista por el Órgano Interno de Control.

La información relativa a cada Reporte de Avance Cuatrimestral en materia de control interno y administración de riesgos, deberá presentarse invariablemente en la siguiente sesión ordinaria, según corresponda. Adicionalmente se podrán presentar las actualizaciones y avances que se consideren de relevancia. Asimismo, la información relativa al desempeño institucional que se presente en una sesión ordinaria, corresponderá preferentemente, a la generada al corte del mes inmediato anterior.

- I. **Del calendario de sesiones.** El Calendario de sesiones ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior, en caso de modificación, la persona Vocal Ejecutiva previa autorización de quien ocupe la Presidencia, informará a las y los miembros e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

Cuando se presente alguna circunstancia que impida realizar la sesión conforme a su programación, incluyendo la falta de quórum legal requerido, la persona Vocal Ejecutiva levantará constancia del hecho y a más tardar el siguiente día hábil, en conjunto con la persona Coordinadora de Control Interno, convocará a las y los miembros para realizar la sesión dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse del período ordinario permitido.

Artículo 32. De la carpeta electrónica de las sesiones. La carpeta electrónica será el repositorio o espacio electrónico que la institución establezca para poner a disposición de las y los participantes y/o integrantes del Comité, la información relativa a los conceptos y asuntos a tratar en el Orden del Día.

Cada sesión del Comité, deberá organizarse por año calendario y por folio, conservando el historial de sesiones como medio de verificación, así como mantenerlo a disposición de las instancias fiscalizadoras competentes que lo soliciten.

La información de la carpeta electrónica se solicitará a las y los responsables, con 10 días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité; así mismo, se integrará y se difundirá a los participantes 5 días hábiles previos a la sesión.

La carpeta electrónica deberá estar integrada y capturada en el sistema informático o herramienta electrónica a más tardar en la fecha que se remita la convocatoria

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

Artículo 33. De las convocatorias. La convocatoria y propuesta del Orden del Día, deberán ser enviadas, a las y los miembros e invitados, con 5 días hábiles de anticipación para sesiones ordinarias y con dos días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la disponibilidad de la carpeta electrónica.

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

Artículo 34. Del desarrollo de las sesiones y registro de asistencia. Las sesiones podrán llevarse a cabo de manera presencial, virtual o ambas a través de videoconferencia u otros medios similares que permitan analizar, plantear y discutir en tiempo real, los asuntos y sus alternativas de solución.

En cada reunión se registrará la asistencia de las y los participantes, recabando las firmas correspondientes.

En el caso de las sesiones virtuales bastará con su firma autógrafa de los miembros propietarios en el acta.

Artículo 35. Del quórum legal. El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participen la persona que ocupe la Presidencia y la o el Vocal Ejecutivo(a) o sus suplentes.

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

SECCIÓN II DEL ORDEN DEL DÍA

Artículo 36. De su contenido. En el Comité se analizarán los temas, programas o procesos que presenten retrasos en relación con lo programado al cuatrimestre que se informa, derivados de los resultados presupuestarios, financieros, operativos y administrativos; a efecto de determinar los acuerdos que consignent acciones, fechas y responsables de tomar decisiones para resolver las problemáticas y situaciones críticas para abatir el rezago.

La Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

- I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión.
- II. Aprobación del Orden del Día.
- III. Ratificación del acta de la sesión anterior.
- IV. Seguimiento de Acuerdos. Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse el(la) Vocal Ejecutivo(a) y la persona Titular del Órgano Interno de Control determinarán las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones.
- V. Cédula de problemáticas o situaciones críticas. La cédula deberá ser elaborada por la persona Vocal Ejecutiva a sugerencia de las y los miembros o invitados del Comité, considerando, en su caso, cuando existan o se anticipen posibles incumplimientos normativos y/o desviaciones negativas en programas presupuestarios o en cualquier otro tema vinculado al desempeño institucional, derivado de los cambios en el entorno interno o externo de la institución, con el fin de identificar riesgos que no estén incluidos en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional o bien debilidades de control interno adicionales a las obtenidas en la Evaluación del Control Interno, que deban ser incorporadas y atendidas con acciones de mejora en el PTCl o en el PTAR.
- VI. Presentación y análisis del Reporte del Desempeño Institucional correspondiente al periodo de la sesión que se atiende por parte de la institución.

1. Contenido del Reporte del Desempeño Institucional:

- a. **Programas Presupuestarios.** Se deberán identificar e informar los programas presupuestarios que representen el 80% del presupuesto original de la institución y muestren variaciones porcentuales relevantes al comparar: (1) el presupuesto ejercido contra el modificado y (2) el cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización. En caso de la definición o actualización de indicadores institucionales, derivados del ejercicio de planeación estratégica, éstos deberán presentarse ante el Comité de manera oportuna.
 - b. **Proyectos de Inversión Pública.** El tema aplicará sólo si la Comisión Estatal cuenta con presupuesto autorizado en este concepto y deberá identificar e informar los proyectos de inversión pública que presenten variaciones porcentuales importantes, al comparar el avance acumulado: (1) del presupuesto ejercido contra el programado, (2) del físico alcanzado contra el programado, y (3) del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.
 - c. **Pasivos contingentes.** Es necesario que, en su caso, se informe al Comité sobre el impacto de estos en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales, considerando que su materialización pudiera representar un riesgo financiero para la institución e incidir de manera importante en su flujo de efectivo y ejercicio presupuestal (incluir los pasivos laborales y los correspondientes a juicios jurídico-contenciosos). En su caso, señalar las estrategias procesales para su atención, su avance y, en su caso, los abogados externos que están contratados su trámite correspondiente.
 - d. **Plan Institucional de TIC's.** Informar de manera ejecutiva los planes de desarrollo, arrendamiento y/o adquisición en materia de tecnologías de información y comunicaciones, así como las dificultades o situaciones que causan problemas para su cumplimiento y las acciones de solución emprendidas.
- VII. Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
- VIII. Aspectos que inciden en el control interno, y presentación de actos contrarios a la integridad:
- a) Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la institución y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a servidores públicos de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas.

b) La descripción de las observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras competentes, identificando las causas que las originan y acciones para evitar que se continúen presentando; así como, aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses, ya que su falta de atención y cumplimiento inciden mayormente en una eficiente gestión y adecuado desempeño institucional.

IX. Seguimiento al establecimiento y fortalecimiento del SCII:

- a. Informe Anual del estado que guarda el SCII, el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos y evaluaciones respectivas del Órgano Interno de Control (presentación en la primera sesión ordinaria de cada año).
- b. Reportes de Avance Cuatrimestral del PTCl y PTAR, así como los aspectos más relevantes de la evaluación del Órgano Interno de Control, incluyendo el total de acciones de mejora y de control concluidas y su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno, para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el fortalecimiento del SCII y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y el porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso, así como las que están pendientes sin avance (durante las sesiones ordinarias).
- c. La Evaluación conciliada de la institución, el Mapa de Riesgos, el PTCl y el PTAR para el siguiente año calendario, para su formalización ante el Comité (en la última sesión ordinaria).

En caso de requerir dar de baja riesgos, señalarlos y ponerlos a consideración para justificarlo y fundamentarlo plenamente conforme a las presentes Disposiciones.

Al realizar el análisis de la información anterior, se deberán tomar decisiones para la resolución de asuntos y generación de acuerdos.

- X. Asuntos Generales.
- XI. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión. A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus miembros, invitados, y en su caso quien represente a la UMGP, podrán solicitar que se incorporen al Orden del Día asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

SECCIÓN III DE LOS ACUERDOS

Artículo 37. De los requisitos de los acuerdos. Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de las y los miembros deberán contemplar, como mínimo, los siguientes requisitos:

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

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de las y los miembros asistentes; en caso de empate, quien ocupe la Presidencia del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, la persona Vocal Ejecutiva dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

Artículo 38. Del envío de acuerdos para su atención. La persona Vocal Ejecutiva remitirá los acuerdos a las y los responsables de su atención, a más tardar 3 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente.

Artículo 39. De los acuerdos relevantes del conocimiento de instancias superiores. El Comité determinará los acuerdos relevantes que, de ser el caso, la persona que ocupe la Presidencia hará del conocimiento al Consejo.

Artículo 40. De la reprogramación de atención de acuerdos. Para los acuerdos que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única vez, éste podrá aprobar una nueva fecha que preferentemente, no exceda de 30 días hábiles contados a partir del día siguiente al de la sesión. Se conservará en la carpeta electrónica la fecha inicial de atención.

SECCIÓN IV DE LAS ACTAS

Artículo 41. De los requisitos del acta. Por cada sesión del Comité se levantará un acta que será foliada y contendrá al menos lo siguiente:

- I. Nombres y cargos de los asistentes.
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación.
- III. Acuerdos aprobados.
- IV. Firma autógrafa de las y los miembros que asistan a la sesión. Las personas invitadas de la institución que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos o estén relacionados con los mismos.

A fin de llevar el orden secuencial de las sesiones por año calendario, y ubicar claramente de cuál se trata, deberá reiniciarse la numeración de las actas según corresponda, indicando siempre el número sesión y el año en que se llevan a cabo.

Artículo 42. De la elaboración del acta y su revisión. La persona Vocal Ejecutiva elaborará y remitirá a las y los miembros del Comité y a las personas invitadas correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 5 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, con el apoyo de la persona Coordinadora de Control Interno o Enlace del COCODI.

Las y los miembros del Comité y, en su caso, las personas invitadas revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios a la persona Vocal Ejecutiva dentro de los 3 días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos se tendrá por aceptado el proyecto y recabará las firmas a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, para su integración en el sistema informático o herramienta electrónica, previo a la siguiente sesión.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá resguardar un tanto original de las actas de las sesiones del Comité.

SECCIÓN V DEL SISTEMA INFORMÁTICO

La Comisión deberá mantener el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones, en el sistema informático o herramienta electrónica.

Artículo 43. Del acceso al sistema informático. Tendrán acceso al sistema informático o herramienta electrónica, las personas Titular de la institución, del Órgano Interno de Control, de la Unidad de Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control, quien haya sido designado(a) como Coordinador(a) de Control Interno y las o los Enlaces de Control Interno, Administración de Riesgos y COCODI.

Las cuentas de usuario y claves de acceso, así como sus actualizaciones, serán proporcionadas por el Órgano Interno de Control, conforme a los procedimientos que éste establezca.

La información que se incorpore al sistema informático o herramienta electrónica y que sea integrada en tiempo y forma, será responsabilidad de la persona Coordinadora de Control Interno.

Artículo 44. De las bajas de personas usuarias. La persona Coordinadora de Control Interno informará inmediatamente mediante oficio al Órgano Interno de Control las bajas de las cuentas de usuario y cambios requeridos en las claves de acceso, para su debida actualización.

TÍTULO QUINTO DE LA INTERPRETACIÓN, REVISIÓN Y ASESORÍA

Artículo 45. El Órgano Interno de Control será la instancia encargada de brindar consulta y asesoría sobre lo dispuesto en las presentes Disposiciones. De igual forma en los casos no contemplados en estas o donde exista espacio para la interpretación, la misma instancia determinará lo conducente de conformidad con sus atribuciones y esfera competencial.

Artículo 46. Las Disposiciones a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse, cuando menos una vez al año por el Órgano Interno de Control, para efectos de su actualización, cuando se presenten condiciones que así lo requieran.

Artículo 47. El Órgano Interno de Control vigilará el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgará la asesoría y apoyo que corresponda a la persona Titular de la Comisión y demás personas servidoras públicas de la institución para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. Se abroga cualquier disposición preexistente de igual o menor jerarquía que sea contraria a lo dispuesto en el presente Acuerdo.

TERCERO. La Comisión Estatal deberá conformar su Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) en un plazo no mayor a 30 días naturales siguientes a la entrada en vigor de las presentes Disposiciones.

CUARTO. La Comisión y sus Unidades Administrativas en el ámbito de sus atribuciones, realizarán lo conducente para apoyar la implementación, difusión y apego a las presentes Disposiciones.

QUINTO. En tanto se lleven a cabo las adecuaciones necesarias para la generación del sistema informático mencionado en estas Disposiciones, el Órgano Interno de Control y las partes intervinientes en la implementación del SCII, podrán hacer uso de las herramientas electrónicas disponibles para la generación, administración y resguardo de los datos contenidos en los registros administrativos, tecnológicos y de cualquier otra naturaleza que deriven del cumplimiento de sus atribuciones, para el control y seguimiento de los asuntos de su competencia y para el intercambio y suministro de información conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

SEXTO. En tanto se lleven a cabo las adecuaciones necesarias para la generación del sistema informático, la información solicitada por el Órgano Interno de Control relacionada con las Disposiciones contenidas en el presente Acuerdo, deberá entregarse por medio de oficios y del correo electrónico en los formatos y herramientas que para tal efecto establezca dicha instancia.

SÉPTIMO. El cumplimiento a lo establecido en las presentes Disposiciones se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que tenga asignados la Comisión, por lo que no implicará la creación de estructuras ni la asignación de recursos adicionales.

OCTAVO. Para la implementación del SCII, la Comisión Estatal llevará a cabo las acciones correspondientes en los plazos y términos que determine el Órgano Interno de Control, y tratándose del primer año, será justificable el hecho de que no se lleven a cabo la totalidad de las sesiones del Comité que marcan las presentes Disposiciones.

NOVENO. La elaboración y entrega de la totalidad de las herramientas correspondientes a los tres procesos generales del SCII, comenzarán a partir de la publicación del presente Acuerdo y deberán regularizarse el año siguiente, conforme a las presentes Disposiciones y a la cronología que para tales efectos establezca el Órgano Interno de Control.

Chihuahua, Chihuahua a 15 de junio del 2023.



MTRA. JAZMIN YADIRA ALANIS REZA
TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

SIN TEXTO