

No. de la Act.	Actividad de Control				Acción de Mejora			Días Restantes para Concluir	Evidencia y % de Avance por Trimestre					Comentarios Sobre Avances y acuerdos			
	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar	Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCEDI		Fecha Compromiso	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	4to Trimestre		Total de Avance		
1	P01 P02	Comité de Ética e Integridad	Formalizado	SI	Monitorear	Dar seguimiento a Plan de Trabajo Anual del Comité de Ética	Comité de Ética e Integridad del CECG		31/12/2026	283					0%		
			Operando	SI							Finalizó				0%		
			Evidencia	SI								Finalizó				0%	
			Actualizar	SI								Finalizó				0%	

Núm.	Actividad de Control				Acción de Mejora			Días Restantes para Concluir	Evidencia y % de Avance por Trimestre					Comentarios Sobre Avances y acuerdos			
	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar	Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCEDI		Fecha Compromiso	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	4to Trimestre		Total de Avance		
2	P02 P02	Comité de Control Interno y Desempeño Institucional	Formalizado	SI	Monitorear	Seguimiento al Plan de Trabajo Anual de Control Interno	Comité de Control Interno		31/12/2026	283					0%		
			Operando	SI							Finalizó				0%		
			Evidencia	SI								Finalizó				0%	
			Actualizar	No								Finalizó				0%	

Núm.	Actividad de Control				Acción de Mejora			Días Restantes para Concluir	Evidencia y % de Avance por Trimestre					Comentarios Sobre Avances y acuerdos			
	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar	Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCEDI		Fecha Compromiso	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	4to Trimestre		Total de Avance		
3	P05 P02	Aplicar la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional	Formalizado	SI	Monitorear	Aplicar la encuesta de clima y cultura organizacional anualmente, con la finalidad de analizar los datos y buscar estrategias de trabajo en el siguiente ejercicio fiscal.	DOYP		31/12/2026	283					0%		
			Operando	SI							Finalizó				0%		
			Evidencia	SI								Finalizó				0%	
			Actualizar	No								Finalizó				0%	

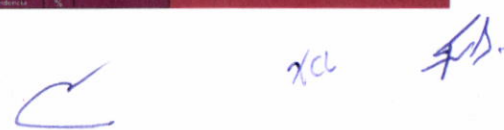
Núm.	Actividad de Control				Acción de Mejora			Días Restantes para Concluir	Evidencia y % de Avance por Trimestre					Comentarios Sobre Avances y acuerdos			
	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar	Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCEDI		Fecha Compromiso	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	4to Trimestre		Total de Avance		
4	P06 P01	POA: Programa Operativo Anual	Formalizado	SI	Monitorear	Seguimiento al cumplimiento del Programa Operativo Anual	Todas		31/12/2026	283					0%		
			Operando	SI							Finalizó				0%		
			Evidencia	SI								Finalizó				0%	
			Actualizar	No								Finalizó				0%	

Núm.	Actividad de Control				Acción de Mejora			Días Restantes para Concluir	Evidencia y % de Avance por Trimestre					Comentarios Sobre Avances y acuerdos			
	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar	Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCEDI		Fecha Compromiso	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	4to Trimestre		Total de Avance		
5	P07 P02	Administración de Riesgos	Formalizado	SI	Monitorear	Solicitar trimestralmente a los Directores de Área la actualización del formato de Administración de Riesgos	Todas		31/12/2026	283					0%		
			Operando	SI							Finalizó				0%		
			Evidencia	SI								Finalizó				0%	
			Actualizar	SI								Finalizó				0%	

Núm.	Actividad de Control				Acción de Mejora			Días Restantes para Concluir	Evidencia y % de Avance por Trimestre					Comentarios Sobre Avances y acuerdos			
	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar	Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCEDI		Fecha Compromiso	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	4to Trimestre		Total de Avance		
6	P11 P03	Programación de mantenimiento	Formalizado	SI	Monitorear	Programación de mantenimiento interno a la infraestructura tecnológica de CECG	DTS		31/12/2026	283					0%		
			Operando	SI							Finalizó				0%		
			Evidencia	SI								Finalizó				0%	
			Actualizar	SI								Finalizó				0%	

Núm.	Actividad de Control				Acción de Mejora			Días Restantes para Concluir	Evidencia y % de Avance por Trimestre					Comentarios Sobre Avances y acuerdos			
	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar	Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCEDI		Fecha Compromiso	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	4to Trimestre		Total de Avance		
7	P11 P05	Dictámenes técnicos	Formalizado	SI	Monitorear	Realizar dictámenes técnicos para su validación en el OM	DTS		31/12/2026	283					0%		
			Operando	SI							Finalizó				0%		
			Evidencia	SI								Finalizó				0%	
			Actualizar	SI								Finalizó				0%	

Núm.	Actividad de Control				Acción de Mejora			Días Restantes para Concluir	Evidencia y % de Avance por Trimestre					Comentarios Sobre Avances y acuerdos	
	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar	Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCEDI		Fecha Compromiso	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	4to Trimestre		Total de Avance



8	P12.P01	Disposiciones Generales de Trabajo del CECC	Formalizado	No	Implementar	Concluir las Disposiciones generales de trabajo del CECC del Estado de Sonora y las políticas Institucionales	DA y DG		31/12/2026		283								0%		
			Operando	No								Finalizó								0%	
			Evidencia										Finalizó							0%	
			Actualizar	Si									Finalizó							0%	

Actividad de Control			Acción de Mejora						Evidencia y % de Avance por Trimestre								Comentarios Sobre Avances y acuerdos				
Núm.	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar		Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCOD	Fecha Compromiso	Días Restantes para Concluir	1er Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre			4to Trimestre		Total de Avance	
										Evidencia	%	Evidencia	%	Evidencia	%	Evidencia		%			
9	P12.P02	Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos del CECC	Formalizado	Si	Actualizar	Modernizar y armonizar los Manuales de Organización y Procedimientos 2025 para garantizar claridad en funciones, delimitación de responsabilidades y eficiencia operativa, promoviendo la mejora continua y el cumplimiento normativo	DG		31/12/2026		283								0%		
			Operando	Si								Finalizó								0%	
			Evidencia	Si									Finalizó							0%	
			Actualizar	Si									Finalizó							0%	

Actividad de Control			Acción de Mejora						Evidencia y % de Avance por Trimestre								Comentarios Sobre Avances y acuerdos				
Núm.	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar		Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCOD	Fecha Compromiso	Días Restantes para Concluir	1er Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre			4to Trimestre		Total de Avance	
										Evidencia	%	Evidencia	%	Evidencia	%	Evidencia		%			
10	P14.P02	Revista ESTADISTIC3	Formalizado	Si	Monitorar	Publicación de la revista ESTADISTIC3, donde mensualmente se comunican los avances de los metas, así como acontecimientos relevantes durante el mes.	DG		31/12/2026		283								0%		
			Operando	Si								Finalizó								0%	
			Evidencia	Si									Finalizó							0%	
			Actualizar	Si									Finalizó							0%	

Actividad de Control			Acción de Mejora						Evidencia y % de Avance por Trimestre								Comentarios Sobre Avances y acuerdos				
Núm.	Punto de Interés	Descripción	Acciones a considerar		Acción de Mejora	Descripción	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Aprobación COCOD	Fecha Compromiso	Días Restantes para Concluir	1er Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre			4to Trimestre		Total de Avance	
										Evidencia	%	Evidencia	%	Evidencia	%	Evidencia		%			
11	P16.P02	Evaluación del Control Interno	Formalizado	No	Monitorar	Evaluación del Control Interno: Anualmente se realiza una evaluación por parte de la SABG del cumplimiento del Control Interno.	DA		31/12/2026		283								0%		
			Operando	Si								Finalizó								0%	
			Evidencia	Si									Finalizó							0%	
			Actualizar	Si									Finalizó							0%	

AUTORIDAD ING. FLORENTINO VALENZUELA SANCHEZ
MARZO 2024
TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

REVISED C. P. ALVA SANCHEZ
MARZO 2024
COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

ELABORÓ LIC. JESUS CASTRO LOPEZ
MARZO 2024
RELACION DE CONTROL INTERNO

COMPONENTES	PRINCIPIOS	COMPARATIVO			PUNTOS DE INTERES	Actividades del Punto de interes					Selección de Mejora 2026		
		Evaluación 2024		Evaluación 2025		Variación de resultados	¿Existe? Si/No	Descripción de la actividad	Formalizado	Operando		Evidencia	Actualizar
C.01. Ambiente de Control	P01. Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso	94	Muy buena	95	Muy buena	1	P01.PI01. El Titular y mandos directivos guían, reflejan y muestran una actitud de respaldo en toda la Institución a través de su actuación y ejemplo.						
							P01.PI02. Políticas, principios de dirección, directrices, actitudes y conductas utilizados para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.	SI	Cómite de Ética e Integridad	SI	SI	SI	NO
							P01.PI03. Evaluación al personal de la institución, en apego a las normas de conducta.						
							P01.PI04. Programa de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción en la institución.						
							P01.PI05. Realizar supervisión continua del programa de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción y corrección, en su caso, las deficiencias detectadas mediante dicha supervisión, o las resultantes de evaluaciones externas.						
	P02. Ejercer la Responsabilidad de Vigilancia	99	Muy buena	96	Muy buena	-3	P02.PI01. Vigilancia adecuada por parte del Órgano de Gobierno, o en su caso el Titular, en función de las disposiciones jurídicas aplicables a la estructura y características de la Institución.						
							P02.PI02. Vigilancia por parte del Órgano de Gobierno, o en su caso el Titular de manera general, diseño, implementación y operación del control interno realizado por la administración.	SI	Cómite de Control Interno y Desempeño Institucional	SI	SI	SI	NO
							P02.PI03. Informe por parte de la administración al Órgano de Gobierno, o en su caso, al Titular sobre aquellas Debilidades y/o deficiencias del Control Interno identificadas, y éstos evalúan tales deficiencias y le proporcionan orientación para su seguimiento y corrección.						
	P03. Establecer la Estructura, Responsabilidad y Autoridad.	94	Muy buena	96	Muy buena	2	P03.PI01. La institución cuenta con la Estructura Organizacional necesaria que permita la planeación, ejecución, control y evaluación de la Institución en la consecución de sus objetivos, y se actualiza periódicamente.						
							P03.PI02. Asignar a los mandos superiores la Responsabilidad y Delegar la Autoridad necesaria para el logro de los objetivos.						
P03.PI03. Documentar y formalizar el Control Interno de la Institución (Políticas, procedimientos, manuales, indicadores de desempeño, etc.), y actualizar periódicamente.													
P04. Demostrar Compromiso con la Competencia Profesional.	90	Muy buena	92	Muy buena	2	P04.PI01. Establecer perfiles para los mandos superiores y para el resto del personal, y evaluar periódicamente para expectativas de Competencia Profesional.							
						P04.PI02. Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales. Se tienen procedimientos apropiados establecidos para la selección, capacitación e incentivos al personal.							
						P04.PI03. La Administración debe definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos.							
P05. Establecer la Estructura para el Reforzamiento de la Rendición de Cuentas.	89	Aceptable	94	Muy buena	5	P05.PI01. Establecimiento de una Estructura para Responsabilizar a los servidores públicos y prestadores de bienes y servicios contratadas por sus Obligaciones de Control Interno relacionadas con las actividades que realicen.							
						P05.PI02. Evaluación de las presiones sobre el personal para equilibrarlas y ayudarle a cumplir con sus responsabilidades asignadas en alineación con las normas de conducta, los principios éticos y el programa de promoción de la Integridad.	SI	Aplicar la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional a fin de año, con el objetivo de presentar resultados y establecer estrategias de mejora en un plazo no mayor a los primeros 4 meses del año siguiente.	SI	SI	SI	NO	
P06. Definir Objetivos y Riesgo	96	Muy buena	95	Muy buena	-1	P06.PI01. Objetivos institucionales definidos en términos específicos y medibles de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles de la Institución.	SI	POA: Programa Operativo Anual	SI	SI	SI	NO	
						P07.PI01. Identificar los Riesgos, considerando todas las interacciones significativas dentro de la institución y con las partes externas, así como los cambios en su ambiente interno y externo.	SI	Administración de Riesgos. Solicitar trimestralmente a los Directores de Área la actualización del formato de Administración de Riesgos	SI	SI	SI	NO	

Handwritten marks: A large blue checkmark, the letters "XCU", and the initials "FDS".

C.02. Administración de Riesgos	P07. Identificar, Analizar y Responder a los Riesgos	94	Muy buena	95	Muy buena	1	P07.PI02. Analizar los Riesgos identificados para estimar su relevancia, en función del efecto que éstos pudieran tener en el logro de los objetivos, tanto a nivel Institución como a nivel transacción.												
	P08. Considerar el Riesgo de Corrupción.	95	Muy buena	95	Muy buena	0	P08.PI01. Considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la Institución, como base para la identificación de los Riesgos de corrupción. -Considerar la posibilidad de que en la Institución ocurran otras situaciones contrarias a la ética y a la integridad, como lo son el desperdicio de recursos públicos, el abuso de autoridad, o el uso del cargo para la obtención de un beneficio indebido para sí o para un tercero. P08.PI02. -Considerar los factores de Riesgo (incentivos y/o presiones, oportunidad, actitud de servidores públicos) para identificar riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades. -Utilizar información provista por partes internas y externas tales como quejas y denuncias sobre este tipo de irregularidades, reportadas por el personal o las partes externas que interactúan con la Institución. P08.PI03. Analizar los Riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y de otras irregularidades, mediante la estimación de su relevancia para darles respuesta apropiada a fin de que sean efectivamente mitigados.												
	P09. Identificar, Analizar y Responder al Cambio.	94	Muy buena	96	Muy buena	2	P09.PI01. Identificar y comunicar al personal de manera oportuna, los cambios significativos en las condiciones internas y externas que afectan a la Institución. P09.PI02. Analizar y responder a los cambios identificados, y a los Riesgos asociados con los mismos, con el propósito de mantener un Control Interno apropiado.												
C.03. Actividades de Control	P10. Diseñar Actividades de Control para los Sistemas de Información	93	Muy buena	95	Muy buena	2	P10.PI01. Existen Actividades de Control para cumplir con las responsabilidades definidas y responder apropiadamente a los Riesgos asociados a la Institución y sus objetivos. P10.PI02. Diseño de Actividades de Control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del Control Interno, tales como: revisiones por la administración al desempeño, a las funciones o actividades, controles sobre procesamiento de la información, controles físicos sobre activos vulnerables, etc. P10.PI03. La administración diseña actividades de control a nivel institución, a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la institución cumpla con sus objetivos y conduzca a los riesgos relacionados. P10.PI04. Adecuada segregación de funciones que impida que actividades como autorización, custodia y registro de las operaciones se concentren en una sola persona.												
	P11. Diseñar Actividades para los Sistemas de Información.	96	Excelente	95	Excelente	-1	P11.PI01. Contar con un mecanismo o Sistema de información que permitan cumplir con los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los Riesgos asociados. P11.PI02. La administración desarrolla los sistemas de información de la institución para obtener y procesar apropiadamente la información relativa a cada uno de los procesos operativos, de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados. P11.PI03. Existen Actividades de Control sobre la infraestructura de las TIC's para garantizar la integridad, exactitud y validez de procesamiento de la información.	SI	Programación de mantenimiento interno a la infraestructura tecnológica de CECC	SI	SI	SI	NO						
							P11.PI04. Existen Actividades de Control para limitar el acceso de los usuarios a las TIC's como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de usuarios. P11.PI05. Diseño de controles, establecidos para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de TIC's.	SI	Se elevan dictámenes técnicos para su validación en OM	SI	SI	SI	NO						
							P12.PI01. Documentar las responsabilidades de Control Interno de cada Unidad Administrativa de la Institución mediante Políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar.	SI	Concluir las Disposiciones generales de trabajo del CECC del Estado de Sonora y las políticas institucionales.	NO	SI	SI	NO						





C.04. Información y Comunicación	P12. Implementar Actividades de Control	91	Muy buena	94	Muy buena	3	P12.PI02. Revisar y actualizar periódicamente las Políticas, manuales, lineamientos, 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.	SI	Actualización de los Manuales de Organización y Procedimientos del CECC-Objetivo. Modernizar y armonizar los Manuales de Organización y Procedimientos 2025 para garantizar claridad en funciones, delimitación de responsabilidades y eficiencia operativa, promoviendo la mejora continua y el cumplimiento normativo.	SI	SI	SI	SI	
	P13. Usar Información de Calidad.	90	Muy buena	93	Muy buena	3	P13.PI01. Proceso establecido para identificar los requerimientos de información necesarios para alcanzar los objetivos y enfrentar los Riesgos asociados a éstos. P13.PI02. Obtención de datos relevantes de fuentes confiables tanto internas como externas, de manera oportuna, y en función de los requerimientos de información identificados y establecidos. P13.PI03. Procesar y transformar los datos obtenidos, en Información de calidad que apoye al Control Interno.							
	P14. Comunicar Internamente.	93	Muy buena	96	Muy buena	3	P14.P01. Establecer líneas de reporte y autoridad, donde la administración comunica información de calidad hacia abajo y lateralmente, para que el personal desempeñe funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de Riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al Control Interno. -La Administración recibe Información de calidad sobre los procesos operativos de la institución, la cual fluye por las líneas de reporte y autoridad apropiadas. -El Órgano de Gobierno, o en su caso, el Titular, recibe Información de calidad que fluya hacia arriba por las Líneas de Reporte, proveniente de la Administración y demás personal. - Cuando las Líneas de Reporte directas se ven comprometidas, el personal utiliza líneas separadas, como líneas éticas o de denuncia, para comunicar de manera ascendente, información confidencial o sensible. P14.PI02. Establecer métodos de comunicación interna apropiados para que a lo largo de la Institución fluya Información de calidad de manera oportuna.	SI	Publicación de la revista ESTADÍSTIC3, donde mensualmente se comunican los avances de los metas, así como acontecimientos relevantes durante el mes.	SI	SI	SI	NO	
C.05. Supervisión	P15. Comunicar Externamente.	97	Muy buena	96	Muy buena	-1	P15.PI01. Comunicar Información de calidad a las partes externas (proveedores, contratistas, reguladores, auditores externos, público en general, etc.), utilizando las líneas de reporte establecidas. -Cuándo las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas, como líneas éticas o de denuncia, para comunicar información confidencial o sensible. - La Administración informa a las partes externas sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información. P15.PI02. La administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse externamente. Considerando factores en la selección como: Audiencia, Naturaleza de la información, Disponibilidad, Costo y los requisitos legales o reglamentarios.							
	P16. Realizar Actividades de Supervisión.	96	Muy buena	95	Muy buena	-1	P16.P01. La administración debe establecer bases de referencia para supervisar el control interno, comparando el estado actual contra el diseño efectuado. Las bases de referencia revelan debilidades y deficiencias detectadas en el control interno de la institución. P16.P02. Realizar autoevaluaciones por parte de la administración, al diseño y eficacia operativa del Control Interno como parte del curso normal de las operaciones, mediante acciones de Supervisión permanente, comparaciones, conciliaciones y otras acciones de rutina. -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. -Supervisión mediante autoevaluaciones, evaluaciones independientes o una combinación de ambas, si el Control Interno sobre los procesos asignados a Servicios Tercerizados, es eficaz y apropiado. P16.PI03. La Administración evalúa y documenta los resultados de las evaluaciones para determinar si el Control Interno es eficaz y apropiado a los problemas identificados, y en su caso, para modificar los controles existentes. P17.PI01. El personal que identifique problemas de Control Interno, debe comunicarlos a las partes internas y externas adecuadas, mediante las líneas de reporte establecidas.	SI	Evaluación del Control Interno: Anualmente se realiza una evaluación por parte de la SABG del cumplimiento del Control Interno.	SI	SI	SI		





P17. Evaluar los Problemas y Corregir las Deficiencias.	93	Muy buena	95	Muy buena	2	P17.PI02. Evaluar y documentar los problemas de Control Interno y determinar las acciones correctivas apropiadas para hacerle frente oportunamente.						
						P17.PI03. Practicar y documentar en forma oportuna las acciones para corregir las Debilidades y/o deficiencias del Control Interno.						


 xcv 4/1.