



GOBIERNO
DE **SONORA**

SECRETARÍA DE
**CONTRALORÍA
GENERAL**

MANUAL ADMINISTRATIVO DEL MARCO INTEGRADO DEL CONTROL INTERNO

PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL DE SONORA

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO



Gobierno
de **SONORA**

SECRETARÍA DE LA
**CONTRALORÍA
GENERAL**



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

Mtro. Guillermo Alejandro Noriega Esparza, Secretario de la Contraloría General del Estado de Sonora, con las facultades para emitir el acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de aplicación general en materia de Control Interno del Estado Sonora, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 26 inciso a) fracciones I, II, IV, V y VI de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora y el artículo 9 a), fracción I, V, VIII, XXIV, XXXI y demás relativos y aplicables del Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría General del Estado de Sonora.

CONSIDERANDO

Primero. – De acuerdo con los principios del Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Sonora, en su Eje de Trabajo I, Un Buen Gobierno para Todas y Todos, busca construir un gobierno basado en eficiencia, transparencia y materializar el cumplimiento de los compromisos gubernamentales. Logrando así una nueva relación con las y los sonorenses donde estos últimos manden y el gobierno obedece.

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

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

En este contexto con el objetivo de mejorar la gestión pública gubernamental en la Administración Pública Estatal (APE), se pretende transformar el funcionamiento de sus dependencias y entidades y municipios, a través de la mejora en la prestación de bienes y servicios a la población, el incremento en la eficiencia de su operación mediante la simplificación de sus procesos y normas; el mejor aprovechamiento de los recursos, la eficiencia de los procesos vinculados a las contrataciones que



realiza el Estado; así como el incremento en el desempeño de los servidores públicos.

Cuarto.- Que el día 18 de enero del 2024 se publicó en el Boletín Oficial del Estado de Sonora, Marco Integrado de Control Interno (MICI) como parte de las acciones instrumentadas en el Estado de Sonora para estandarizar, bajo criterios de simplificación administrativa, las disposiciones, políticas o estrategias, acciones o criterios y los procedimientos internos que en materia de control interno, se deberán observar en el ámbito de la APE fortaleciendo la cultura del autocontrol y la autoevaluación, así como el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones como un medio para contribuir a lograr las metas y objetivos de cada institución.

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

Sexto.- Que contar con un Sistema de Control Interno efectivo en las instituciones de la APE promueve la consecución de las metas y objetivos, así como una eficiente administración de riesgos y la prevención de actos de corrupción a través de los Comités de Control y Desempeño Institucional (COCODI), constituido como un foro colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento al desempeño institucional y de los Órganos Internos de Control como un grupo de profesionales que realizan una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta para agregar valor y mejorar las operaciones de las instituciones reducir la probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad, asegurar el comportamiento ético de los servidores públicos, considerar la integración de las tecnologías de información en el control interno y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

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



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

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

ARTÍCULO PRIMERO. - El presente Acuerdo tiene por objeto establecer la obligación de las dependencias, entidades de la Administración Pública Estatal, para observar el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua del Marco Integrado del Control Interno (MICI) para la Administración Pública Estatal, publicado en el Boletín Oficial el 18 de enero de 2024.

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

TÍTULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES CAPÍTULO I OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

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

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

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



2. DEFINICIONES.

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

I. Administración Pública Estatal (APE): Las dependencias y entidades señaladas en los artículos 3 y 22 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora, y Organismos Públicos Descentralizados

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

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

IV. Autoevaluación: Proceso mediante el cual una institución determina su grado de cumplimiento respecto al MICI considerando los tres niveles de responsabilidad de su estructura orgánica: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías;

V. Carpeta electrónica: Repositorio informático para resguardar la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité;

VI. CCI: Coordinador de Control Interno, Enlace directo con el titular para impulsar las actividades de control interno.

VII. Comité y/o COCODI: Comité de Control y Desempeño Institucional. Órgano Colegiado o especializado institucional con el objetivo de coordinar, deliberar y adoptar las acciones para fortalecer el control interno, administrar los riesgos e implementar medidas correctivas, o que impulsen la innovación.

VIII. Competencia profesional: La cualificación comprobatoria para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual involucra habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación técnica, certificaciones y la experiencia profesional. Se manifiesta en la actitud y el comportamiento de los servidores públicos para realizar sus funciones y responsabilidades;



IX. Control detectivo (durante): Elementos específicos de control que operan en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;

X. Control preventivo (antes): Mecanismos específicos de control que tienen el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de los objetivos y metas,

XI. Corrupción: Delitos realizados por un servidor público o particular para la obtención de algo de valor, a cambio de la realización de una acción ilícita o contraria a la integridad. Siendo los tipificados como tales en el Título Séptimo del Código Penal del Estado de Sonora, Título Tercero, capítulo II de la Ley de Responsabilidades y Sanciones del Estado de Sonora, en apego a la estrategia del Sistema Nacional y Estatal Anticorrupción.

XII. 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;

XIII. Dependencias: Las Secretarías de la administración pública directa referidas en los artículos 3 y 22 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora.

XIV. Economía: Los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida;

XV. Eficacia: El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;

XVI. Eficiencia: El logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos;

XVII. Entidades: Los organismos públicos descentralizados, empresas de participación estatal mayoritaria y fideicomisos públicos que en términos de la Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal del estado de Sonora y de la Ley de Entidades Paraestatales del estado de Sonora.

XVIII. Factor (es) de riesgo: La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que origina la materialización del riesgo;



XIX. Impacto o efecto: Grado de afectación negativa que sufre la institución por la materialización de un riesgo;

XX. Informe Anual: El Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional derivado de la autoevaluación

XXI. Integridad Institucional: Instrumentos que orientan la conducta y el desempeño de los servidores públicos de conducirse bajo principios del bien moral, valores y estándares que permitan a la institución cumplir con el mandato normativo; prevenir y detectar actos de corrupción, y crear una percepción positiva y de confianza ante la ciudadanía y otras instancias públicas y privadas.

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

XXIII. Líneas de reporte: Las líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la organización que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones;

XXIV. Matriz de Administración de Riesgos: La herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la Institución, considerando las etapas de la metodología de administración de riesgos;

XXV. MICI: Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública Estatal de Sonora. Conjunto de normas generales de control interno con sus principios y puntos de interés.

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

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

XXVIII. Objetivos institucionales: Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Estatal



de Desarrollo Sonora, la Ley de Planeación Estatal, los programas y proyectos sectoriales, institucionales y especiales según corresponda;

XXIX. Órgano Interno de Control: el Órgano Interno de Control (OIC), o aquellos organismos que la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora y el Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría General designen para el control, vigilancia y evaluación de las dependencias y entidades de la APE.

XXX. Órgano de Gobierno: Cuerpo colegiado de las entidades de conformidad con los artículos 41, 45BIS y 54 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora.

XXXI. Procesos de soporte: Aquellos necesarios para la gestión interna de la institución que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya que dan soporte a los procesos sustantivos.

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

XXXIII. PTAR: Documento que determinará y documentará las actividades específicas por practicar, así como los responsables de su aplicación. Su marco de referencia es el Plan Anual de Trabajo de Control Interno y el ejercicio de administración de Riesgos;

XXXIV. PTCI: Documento que determinará y documentará las actividades específicas por practicar, así como los responsables de su aplicación. Su marco de referencia es el Plan Anual de Trabajo de Control Interno y el Informe de Autoevaluación del Sistema de Control Interno;

XXXV. Riesgo: La probabilidad de ocurrencia de un evento o acción que impida u obstaculice el cumplimiento de las leyes y normas, así como el logro de los objetivos y metas institucionales y de los programas y proyectos gubernamentales.

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



XXXVII. DGDA: Dirección General de Desarrollo Administrativo, unidad administrativa de la Secretaría de la Contraloría General encargada de regular y estratificar la implementación, evaluación y mejoramiento del control interno de la APE.

XXXVIII. Secretaría: La Secretaría de la Contraloría General.

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

XL. SCII: Sistema de Control Interno Institucional, conjunto de normas, elementos, recursos, planes, políticas, registros, procedimientos y métodos que definen la estructura, gestión, dirección, actitud, personalidad, e integridad de una Institución para el cumplimiento de los objetivos, metas, misión y plan estratégico institucional. Asimismo, constituye la primera línea de defensa en la salvaguarda de los recursos públicos y la prevención de actos de corrupción.

XLI. 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;

XLII. TIC's: Las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;

XLIII. Titular: Personas servidoras públicas que encabeza, representa, define la estrategia y toma de decisiones de una dependencia o entidad. Artículos 11 y 39 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora.

XLIV. Unidades Administrativas: Las comprendidas en el reglamento interior, estatuto orgánico y/o estructura orgánica básica de una Institución, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente;

CAPÍTULO II

RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

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



todos los servidores públicos son responsables del control interno de acuerdo con su nivel jerárquico, obligaciones y atribuciones.

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

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

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

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

3.06. Para tal efecto, la DGDA deberá analizar la justificación y los detalles técnicos de los servicios que requiere las dependencias y entidades y emitir un oficio de autorización, en su caso, con las observaciones y recomendaciones que la instancia deberá considerar para la licitación de los servicios. Asimismo, durante la realización de los trabajos o a su entrega, la DGDA podrá verificar que los productos entregados por los proveedores sean de conformidad a las especificaciones técnicas licitadas y cumpla su objetivo respecto al fortalecimiento, actualización o modificación del control interno.



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

4. DESIGNACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA.

4.01. La Unidad Especializada a la que hace referencia el numeral del MICI estará a cargo del Coordinador de Control Interno, un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior al titular de la institución, el nombramiento recaerá preferentemente en el titular de la Unidad Administrativa.

4.02. El titular de la Institución designará, mediante oficio dirigido al Titular de la Secretaría de la Contraloría General con copia a la DGDA y al OIC, a la unidad especializada para asistirlo en la aplicación y seguimiento del presente Manual.

4.03. La Unidad Especializada se integrará de un Enlace de Control Interno, un Enlace de Riesgos y preferentemente un Enlace de COCODI sin que esto limite la estructura operativa para sus responsabilidades. Los enlaces deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior al del coordinador y deberán contar con experiencia y conocimientos técnicos para apoyar al titular de la Institución y al Coordinador a la supervisión, coordinación, integración y seguimiento de las actividades e informes para la implementación, mejora y actualización del control interno.

5. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.

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



TÍTULO SEGUNDO

AUTOEVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I

RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

6. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.

6.01. El titular o, en su caso, el órgano de gobierno es responsable de supervisar el funcionamiento del control interno, a través de la administración y las instancias especializadas que establezca para tal efecto, así mismo todas las demás personas servidoras públicas que formen parte de la institución son responsables en el ámbito de su competencia, por lo que deberán cumplir con las siguientes funciones:

Genéricas:

I. Todas las personas servidoras públicas de la institución son responsables de:

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

II. Del titular y la administración de la Institución:

- a) Determinar el objetivo, metas, misión y visión de la Institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar su alineación con el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Institución para la consecución de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, los programas sectoriales, especiales y demás planes y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.
- b) Establecer y mantener un SCII apropiado, operando y actualizado conforme a los componentes de control interno, sus principios y puntos de interés; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;



- c) El titular promoverá que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;
- d) Verificarán que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;
- e) El titular aprobará el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
- f) El titular aprobará el inicio de la implementación de la metodología para la administración de riesgos.
- g) El titular instruirá y supervisará que las unidades administrativas, el CCI y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional.
- h) El titular instruirá a los titulares de las unidades administrativas que identifiquen los procesos con posibles riesgos de corrupción y analicen en coordinación con el OIC, la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. Del Coordinador de Control Interno:

- En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución, el OIC y la DGDA en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;
- b) Acordar con el titular de la institución las acciones para la implementación y operación del MICI;
- c) Coordinar la autoevaluación del SCII y, definir las áreas administrativas y procesos prioritarios de la institución para su aplicación;
- d) Revisar con el enlace de CI y el OIC el informe anual, el PTCI original y actualizado, y el reporte de avances trimestral del PTCI, para posterior aprobación del titular de la Institución.

- En la administración de riesgos:

- e) Acordar con el titular de la Institución la implementación de la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados,
- f) Incluir en el ejercicio de riesgos, los procesos que pudieran derivar en actos de corrupción,



- g) Comunicar los resultados del ejercicio de riesgos a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso;
 - h) Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al titular del OIC y al enlace de administración de riesgos, para integrar el grupo de trabajo que definirá la matriz, el mapa y el PTAR para la autorización del titular, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto.
 - i) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión. En caso de que la metodología instituida contenga etapas o actividades adicionales a las establecidas en las Disposiciones, se deberá informar por escrito a la DGDA.
 - j) Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente con apego a lo establecido en las presentes disposiciones y a su vez sea el canal de comunicación e interacción con el titular de la institución y el enlace de Administración de Riesgos;
 - k) Revisar los proyectos de matriz y mapa de administración de riesgos y el PTAR, conjuntamente con el enlace de Administración de Riesgos.
 - l) Revisar el reporte de avances trimestral del PTAR y el reporte anual del comportamiento de los riesgos.
 - m) Presentar anualmente para firma del titular de la institución la matriz y mapa de administración de riesgos, el PTAR y el reporte anual del comportamiento de los riesgos.
 - n) Difundir la matriz de administración de riesgos, el mapa de riesgos y el PTAR institucionales, e instruir la implementación de las acciones de control comprometidas a los responsables;
 - o) Comunicar al enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la matriz de administración de riesgos, al mapa de riesgos y al PTAR institucionales determinados en el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.
 - p) Implementar el ejercicio de administración de riesgos, conforme la programación establecida en el plan anual de trabajo de control interno por DGDA.
 - q) Verificar que se registren en la carpeta electrónica los reportes de avances trimestrales del PTAR.
- En el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI):
- r) Determinar, conjuntamente con el presidente y el vocal ejecutivo, los asuntos a tratar en las sesiones del comité y reflejarlos en la orden del día; así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la institución;



- s) Solicitar al enlace del comité que incorpore a la carpeta electrónica la información que compete a las unidades administrativas de la Institución, e instruirle sobre la conformación de la carpeta electrónica, a más tardar 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.
- t) Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y completa, para la conformación de la carpeta electrónica, en los 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión.
- u) Revisar y aprobar el proyecto de convocatoria a las sesiones del comité y, propuesta de orden del día;

IV. Del enlace de control interno:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;
- b) Proponer al Coordinador de Control Interno las áreas administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;
- c) Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las unidades administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios.
- d) Revisar con los responsables de las unidades administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de los componentes, sus principios y elementos de control interno;
- e) Elaborar el proyecto del informe anual y del PTCI para revisión del CCI;
- f) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del CCI;
- g) Integrar información para la elaboración del proyecto de reporte de avances trimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo al CCI.
- h) Incorporar en la carpeta electrónica el informe anual, el PTCI y el reporte de avances trimestral, revisados y autorizados.

V. Del enlace de Administración de Riesgos:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con el CCI y las unidades administrativas responsables de la administración de riesgos;
- b) Informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;
- c) Revisar y analizar con el CCI la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, para la elaboración de la matriz, PTAR; el reporte de avances trimestral del PTAR; y el reporte anual del comportamiento de los riesgos.



- d) Presentar al CCI los proyectos institucionales de la matriz, mapa y PTAR; el reporte de avances trimestral del PTAR; y el reporte anual del comportamiento de los riesgos.
- e) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
- f) Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el reporte de avance trimestral;
- g) Agregar en la matriz de administración de riesgos, el PTAR y el mapa de riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos de la institución, así como los determinados por el comité o el órgano de gobierno, según corresponda.
- h) Incorporar en la carpeta electrónica la matriz, mapa y PTAR el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el reporte anual del comportamiento de los riesgos.

VI. Del enlace del COCODI:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el CCI y las unidades administrativas de la Institución;
- b) Solicitar a las unidades administrativas la información suficiente, relevante y competente con 10 días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión comité, para la integración de la carpeta electrónica;
- c) Remitir al CCI la información institucional consolidada para su revisión y validación;
- d) Integrar y capturar la carpeta electrónica con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión, para su consulta por los convocados.
- e) Registrar el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.
- f) Realizar y remitir al CCI el proyecto de convocatoria a las sesiones del comité, anexando la propuesta de orden del día.

VII. Del Órgano Interno de Control (OIC):

- En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a) Asesorar y apoyar a la Institución de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;
- b) Verificar la implementación y grado de madurez de los cinco componentes, principios y puntos de interés a los que hace referencia el MICI.
- c) Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI se cumplan en tiempo y forma;



- En la administración de riesgos:

- d) Apoyar a la Institución de forma permanente, formulando recomendaciones sobre el proceso de administración de riesgos;
- e) Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, y que las mismas se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos.
- f) Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya el enlace de Administración de Riesgos;
- g) Evaluar el reporte de avances trimestral del PTAR; y
- h) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el reporte anual de comportamiento de los riesgos.

CAPÍTULO II

AUTOEVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SECCIÓN I.

AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.

7. DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL SCII.

7.01. Las dependencias y entidades deberán autoevaluar (evaluación) anualmente en el mes de noviembre de cada ejercicio su SCII; o en su caso, por indicaciones de la DGDA en el período que lo requiera.

7.02. El SCII será evaluado por los servidores públicos responsables de las áreas de mayor riesgo o los procesos prioritarios (sustantivos y de soporte) en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de sus cinco componentes, 17 principios y puntos de interés, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten. Dichas consideraciones y actividades podrán variar o modificarse de acuerdo con los criterios que determine la DGDA, o a solicitud del CCI de la instancia si la DGDA considera suficientes y correctos los motivos con los que sustenta.

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

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

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

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

7.06. La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de los cinco componentes y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los puntos de interés mediante la herramienta que emita la DGDA.

7.07. Aplicada la autoevaluación el CCI deberá implementar acciones concretas para que los responsables o dueños de los procesos establezcan y comprometan acciones de mejora en el PTCl, cuando se identifiquen debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII.

8. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES.

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



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

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

SECCIÓN II.

INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.

9. DE SU PRESENTACIÓN.

9.01. Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la autoevaluación, los titulares presentarán con su firma autógrafa un informe anual:

- a) Al titular de la SCG y al OIC, a más tardar el 31 de enero de cada año;
- b) Al Comité en la sesión correspondiente al cuarto trimestre, y
- c) Al Órgano de Gobierno, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

9.02. El Informe Anual se integrará con los siguientes apartados:

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

- a) Porcentaje de cumplimiento general de los puntos de interés y por norma general de control interno;
- b) Puntos de interés con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno;
- c) Puntos de interés con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de control interno, y
- d) Debilidades o áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional;

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



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

9.03. El PTCI deberá anexarse al informe anual y formarán parte integrante del mismo, ambos documentos se incorporarán en la carpeta electrónica.

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

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

SECCIÓN III. INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO.

11. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.

11.01. El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los puntos de interés, 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:

- a) La fecha de inicio y término de la acción de mejora.
- b) La unidad administrativa y el responsable de su implementación
- c) Los medios de verificación a las acciones comprometidas.

11.02. El PTCI deberá presentar la firma de autorización del titular de la institución, de revisión del CCI y de elaboración del enlace de control interno.

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

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

12. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.

12.01. El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por el titular del OIC, derivadas de la evaluación al informe anual y al PTCI original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora.

12.02. El PTCI actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la sesión del primer trimestre del COCODI para su conocimiento y posterior seguimiento.

13. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

13.01. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el CCI para informar trimestralmente al titular de la institución el resultado, a través del reporte de avances trimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

- a) Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando:
 - El total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan.
 - El total de las que se encuentran en proceso y porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance.
- b) Descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité y, al Órgano de Gobierno, según corresponda;
- c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el SCII; y
- d) Firma del Coordinador de Control Interno.

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

- a) Al titular del OIC, dentro de los 10 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación, y
- b) Al Comité u Órgano de Gobierno, a través de la carpeta electrónica, en la sesión trimestral correspondiente al cierre del trimestre inmediato anterior, de la siguiente manera:



- El primer reporte de avance trimestral se presentará en la sesión celebrada en el segundo trimestre del ejercicio en curso.
- El segundo reporte de avance trimestral se presentará en la sesión celebrada en el tercer trimestre del ejercicio en curso.
- El tercer reporte de avance trimestral se presentará en la sesión celebrada en el cuarto trimestre del ejercicio en curso.
- El cuarto reporte de avance trimestral se presentará en la sesión celebrada en el primer trimestre del ejercicio inmediato siguiente.

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

14.01. El titular del OIC realizará la evaluación del reporte de avances trimestral del PTCl y elaborará el informe de evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará:

- a) Al titular de la institución y al CCl, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCl, y
- b) Al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones trimestrales posteriores al cierre de cada trimestre. El primer informe de evaluación al primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

SECCIÓN IV. EVALUACIÓN DEL OIC AL INFORME ANUAL Y PTCl.

15. INFORME DE RESULTADOS.

15.01. El titular del OIC evaluará el informe anual y el PTCl, debiendo presentar con su firma autógrafa el informe de resultados:

- a) Al titular de la institución y al titular del SCG, a más tardar el último día hábil del mes de febrero, y
- b) Al Comité o, en su caso, al Órgano de Gobierno, en su primera sesión ordinaria.

16. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.

16.01. El informe de resultados de la evaluación del titular del OIC deberá contener sus recomendaciones sobre los siguientes aspectos:



- I. La evaluación aplicada por la Institución, determinando la existencia de criterios que justifiquen la elección de los procesos seleccionados;
- II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los puntos de interés evaluados;
- III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCl con los puntos de interés evaluados y si aportan indicios suficientes para contribuir a corregir debilidades o insuficiencias y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el SCII;
- IV. Propuestas y conclusiones.

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

TÍTULO TERCERO. DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

CAPÍTULO I METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

17. INICIO DEL PROCESO

17.01. El proceso de administración de riesgos deberá ser un proceso continuo. Para su implementación y ejecución deberá considerarse los siguientes puntos:

- a) Se iniciará en el primer trimestre de cada año, con corte semestral.
- b) Se deberá conformar un grupo de trabajo, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el PTAR, en el que participen:
 - Los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución,
 - El titular del OIC,
 - El coordinador de control interno y,
 - El enlace de administración de riesgos
- c) Se elaborará un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.



18. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA

18.01. La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente numeral deberá tomarse como base para la metodología específica que establezca la DGDA y el OIC, misma que deberá ser del conocimiento del titular de la institución y documentada su aplicación en una matriz de administración de riesgos.

I. Comunicación y Consulta.

18.02. Se realizará conforme a lo siguiente:

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

18.03. Lo anterior debe tener como propósito:

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

II. Contexto.

18.04. Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Describir el entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad, según sea el caso, de la institución, a nivel internacional, nacional y regional.
- b) Describir las situaciones intrínsecas a la Institución relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos y estrategias, recursos humanos, materiales y financieros, programas presupuestarios y la evaluación de su desempeño, así como su capacidad tecnológica bajo las cuales se pueden identificar sus fortalezas y debilidades para responder a los riesgos que sean identificados.

- c) Identificar, seleccionar y agrupar los enunciados definidos como supuestos en los procesos de la Institución, a fin de contar con un conjunto sistemático de eventos adversos de realización incierta que tienen el potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este conjunto deberá utilizarse como referencia en la identificación y definición de los riesgos.
- d) Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales.

III. Evaluación de Riesgo

18.05. Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

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

- b) Nivel de decisión del riesgo. Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo con lo siguiente:
 - Estratégico: Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales.
 - Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la institución,
 - Operativo: Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución.



- c) Clasificación de riesgos. Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo con la naturaleza de la Institución, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo: estratégico, operativo, financiero, cumplimiento o tecnológico.
- d) Factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:
- Humano: Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.
 - Financiero Presupuestal: Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.
 - Técnico-Administrativo: Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.
 - Tics: Se relacionan con las tecnologías de la información, sistemas automatizados;
 - Material: Se refieren a la infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.
 - Normativo: Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la institución en la consecución de las metas y objetivos.
 - Entorno: Se refieren a las condiciones externas a la institución, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.
- e) Tipo de factor de riesgo. Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:
- Interno: Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la institución;
 - Externo: Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la institución.
- f) Efectos de los riesgos. Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, en caso de materializarse el riesgo identificado;



g) Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (Valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 5 en función de los efectos, de acuerdo con la siguiente escala de valor:

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

h) Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (Valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 5, en función de los factores de riesgo, considerando las siguientes escalas de valor:

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



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

IV. Evaluación de Controles

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

- a) Identificar y comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
- b) Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
- c) Determinar el tipo de control: preventivo o detectivo, así como manual, automático o híbrido
- d) Identificar en los controles lo siguiente:
 - Deficiencia: Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:
 - Está documentado: Que se encuentra descrito en el manual de procedimientos.
 - Está formalizado: Se encuentra autorizado por servidor público facultado.
 - Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control, y
 - Es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.
 - Suficiencia: Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y el control administra adecuadamente cada factor de riesgo al que se asocia.
- e) Determinar si el riesgo está controlado suficientemente, cuando todos sus factores cuentan con controles suficientes.

18.08. El OIC, junto con el dueño del proceso evalúan la idoneidad del control para administrar los riesgos considerando el grado de respuesta al riesgo para prevenir o detectar y de su costo-beneficio.

V. Evaluación de Riesgos Respecto a Controles

18.09. 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 no deberá 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 deficientes, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial, y
- d) La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de controles.

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

VI. Mapa de Riesgos

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

- a. Cuadrante I. Riesgos de atención inmediata. - Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor mayor a 2 y hasta 5 de ambos ejes;
- b. Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica. - Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 2 y hasta 5 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 2;
- c. Cuadrante III. Riesgos Controlados. - Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 2 de ambos ejes, y
- d. Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento. - Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 2 y alto grado de impacto mayor a 3 y hasta 5.



VII. Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos.

18.12. Se realizará considerando lo siguiente:

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

- 1) Mitigar. - Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.
- 2) Eliminar. - 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.
- 3) Transferir. - Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:
 - Protección o cobertura: Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia
 - Aseguramiento: Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.
 - Hay una diferencia fundamental entre la protección y el aseguramiento. Cuando se recurre a la primera medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la segunda 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.

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

CAPÍTULO II

RIESGOS DE CORRUPCIÓN

19. DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN

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

1. Comunicación y Consulta. Para la identificación de los riesgos que pudieran derivar en actos de corrupción, las instituciones deberán considerar los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, así como los trámites y servicios internos y externos.
2. Contexto. Para el caso de los riesgos que pudieran derivar en actos de corrupción, las causas se establecerán a partir de la identificación de las DEBILIDADES (factores internos) y las AMENAZAS (factores externos) que pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a riesgos de corrupción.

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

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

20. TOLERANCIA AL RIESGO.

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

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

21. SERVICIOS TERCERIZADOS

21.01. La administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la institución, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará al responsable del servicio, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y



analizar la implementación y operación de los controles, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno de la institución.

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

CAPÍTULO III

SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

22. PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

22.01. Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, debidamente firmado por el titular de la institución, el CCI y el enlace de administración de riesgos e incluirá:

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

23. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR

23.01. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por el CCI y el enlace de ARI para informar trimestralmente al titular de la Institución el resultado, a través del reporte de avances trimestral del PTAR, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

- a) Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y el porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;
- b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité



- u Órgano de Gobierno, según corresponda;
- c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
 - d) Firmas del CCI y del enlace de administración de riesgos.

23.02. El CCI deberá presentar el reporte de avances trimestral del PTAR:

- a) Al Titular del OIC, dentro de los 10 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y
- b) Al Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda, a través de la carpeta electrónica, en la sesión trimestral posterior al cierre del trimestre inmediato anterior, de la siguiente manera:
 - El primer reporte de avance trimestral se presentará en la sesión del segundo trimestre.
 - El segundo reporte de avance trimestral se presentará en la sesión del tercer trimestre.
 - El tercer reporte de avance trimestral se presentará en la sesión del cuarto trimestre.
 - El cuarto reporte de avance trimestral se presentará en la sesión del primer trimestre.

24. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR.

24.01. Los servidores públicos responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional deberán resguardar, La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados y deberán ponerla a disposición de los órganos fiscalizadores, a través del enlace de Administración de Riesgos.

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

25.01. El titular del OIC presentará en las sesiones trimestrales del comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del reporte de avances trimestral del PTAR, como sigue:

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

26. DEL REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.

26.01. Se realizará un reporte anual del comportamiento de los riesgos, con relación a los determinados en la matriz de administración de riesgos del año inmediato anterior, y contendrá al menos lo siguiente:

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

26.02. El reporte anual del comportamiento de los riesgos deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y el titular de la institución lo informará al Comité o al Órgano de Gobierno, según corresponda, a través de la carpeta electrónica, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

26.03. Para apoyar el registro y documentación del proceso de administración de riesgos, la DGDA pondrá a disposición de las Instituciones los formatos y/o herramientas, que contemplen tanto los riesgos generales como los de corrupción.

TÍTULO CUARTO COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ

27. DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ

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

- I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;
- II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención



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

Cuando se trate de entidades, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones o su equivalente en los órganos administrativos desconcentrados.

CAPÍTULO II DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

28. DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.

28.01. Todas las instituciones constituirán un comité, que será encabezado por su titular y el titular del OIC, el cual se integrará con los siguientes integrantes propietarios:

- I. El presidente: Titular de la Institución.
- II. El vocal ejecutivo: Titular del OIC.
- III. Vocales:

a) En las dependencias:

1. El Titular de la Dirección General de Programación y Presupuesto o equivalente.
2. El Titular del Área de Finanzas o su equivalente.



3. El Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos o equivalente.
4. El Titular de la Dirección General de Tecnologías de Información o equivalente.
5. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como presidente suplente).

b) En las entidades:

I. Entidades Sectorizadas:

1. Un representante de la Coordinadora Sectorial.
2. El Titular del Área Jurídica o equivalente.
3. El Titular del Área de Tecnologías de la Información de la entidad, en caso de no contar con esta figura, un representante de la Dirección General de Tecnologías de la Información o equivalente de la Coordinadora Sectorial.
4. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como presidente suplente).

II. Entidades No Sectorizadas:

1. El Titular del área responsable de programación y presupuesto o equivalente.
2. El Titular del Área Jurídica o equivalente.
3. El Titular del Área de Tecnologías de la Información de la entidad o equivalente.
4. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como presidente suplente).
5. El Titular del Área de Finanzas o su equivalente.

c) En los órganos administrativos desconcentrados:

1. El representante de la dependencia a la que estén adscritos.
2. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como presidente suplente).

28.02. El presidente y los vocales tendrán voz y voto para la toma de acuerdos en la celebración de las sesiones trimestrales, excepto el vocal ejecutivo quien podrá participar con voz.

28.03. Los representantes de la coordinadora sectorial en las entidades y de la dependencia a la que están adscritos los órganos administrativos desconcentrados, deberán corresponder a un nivel jerárquico mínimo de director general adjunto o equivalente y tener el conocimiento sobre los temas de la institución, así como capacidad de decisión sobre los asuntos



que se presenten en el Comité, condiciones que el presidente y vocal ejecutivo del comité deberán verificar su cumplimiento.

28.04. Para las entidades y los órganos administrativos desconcentrados se considerarán como casos especiales los siguientes:

- a) En caso de no tener adscrito un OIC dentro de su estructura orgánica, el titular de la institución podrá solicitar formalmente al presidente del COCODI de la dependencia a la que se encuentran sectorizados o jerárquicamente subordinados, para que determine por votación de la mayoría de sus integrantes sí en sus sesiones, serán tratados los asuntos de la institución que correspondan, informando a la DGDA lo acordado.
- b) En caso de no contar con la estructura señalada en el presente título, informar a la DGDA para que en conjunto lo analicen y determinar su integración.

29. DE LOS INVITADOS PERMANENTES

29.01. Se deberán incorporar al comité como invitados permanentes:

- a) Los titulares de las unidades administrativas que no cuenten con nombramiento de vocal dentro del COCODI.
- b) El titular del órgano administrativo desconcentrado, en las sesiones del Comité de la dependencia a la que se encuentra jerárquicamente subordinado, en caso de que los temas a que se refieren las presentes disposiciones sean tratados en el COCODI de dicha dependencia.
- c) El representante de la DGDA, designado por su titular, y
- d) Los enlaces de control interno, de administración de riesgos y del comité.

29.02. Se podrán incorporar al Comité como invitados:

- a) Los responsables de las áreas de la Institución competentes de los asuntos a tratar en la sesión;
- b) Los servidores públicos de la APE, internos o externos a la Institución que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución;
- c) Personas externas a la APE, expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del presidente;
- d) El auditor externo.

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

29.04. El invitado representante de la DGDA deberá ser convocado invariablemente a las sesiones del comité, su designación será comunicada por el titular de la DGDA por escrito al vocal ejecutivo.

30. DE LOS SUPLENTE

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

30.02. Para fungir como suplentes, las personas servidoras públicas deberán contar con acreditación por escrito del integrante propietario dirigida al vocal ejecutivo, de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica correspondiente. Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a los propietarios.

CAPÍTULO III ATRIBUCIONES DEL COMITÉ Y FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES

31. DE LAS ATRIBUCIONES DEL COMITÉ.

31.01. El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Aprobar el Orden del Día;
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:
 - a) El Informe Anual;
 - b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCl, así como su reprogramación o replanteamiento;
 - c) Las recomendaciones contenidas en el informe de resultados del titular del OIC derivado de la evaluación del informe anual, y
 - d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia;
- III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la administración de riesgos, derivados de:



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

32. DE LAS FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ.

32.01. El presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Determinar conjuntamente con el CCI y el vocal ejecutivo, los asuntos del orden del día a tratar en las sesiones, considerando las

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

33. DE LAS FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES PROPIETARIOS

33.01. Corresponderá a cualquiera de los integrantes propietarios del Comité:

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

34. DE LAS FUNCIONES DEL VOCAL EJECUTIVO

34.01. El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de los vocales e invitados y verificar el quórum legal;
- II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;
- III. Validar que la información institucional fue integrada y capturada en la carpeta electrónica por el enlace del comité para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión;
- IV. 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;
- V. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables;
- VI. Verificar la integración de la carpeta electrónica por parte del enlace del comité, respecto de la información que compete a las unidades administrativas de la Institución.

CAPÍTULO IV POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SECCIÓN I. DE LAS SESIONES.

35. DEL TIPO DE SESIONES Y PERIODICIDAD

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

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



36. DE LAS CONVOCATORIAS

36.01. La convocatoria y la propuesta del orden del día, deberá ser enviada por el Coordinador de Control Interno a los integrantes e invitados, con cinco días hábiles de anticipación para sesiones ordinarias y de dos días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la disponibilidad de la carpeta electrónica.

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

37. DEL CALENDARIO DE SESIONES

37.01. El Calendario de sesiones trimestrales ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior, en caso de modificación, el CCI previa autorización del presidente, informará a los integrantes e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

37.02. Los órganos administrativos desconcentrados y las entidades deberán programar sus sesiones, cuando menos con 15 días de anticipación a la celebración de las correspondientes a su Órgano de Gobierno, comisiones internas de administración o equivalente, según corresponda.

38. DEL DESARROLLO DE LAS SESIONES Y REGISTRO DE ASISTENCIA

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

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

39. DEL QUÓRUM LEGAL

39.01. El quórum legal del comité se integrará con la asistencia de la mayoría de sus integrantes propietarios, siempre que participen el presidente o el presidente suplente y el Vocal Ejecutivo o el Vocal Ejecutivo suplente.

39.02. Cuando no se reúna el quórum legal requerido, el vocal ejecutivo levantará constancia del hecho y a más tardar el siguiente día hábil, convocará a los miembros para realizar la sesión dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse.

SECCIÓN II DE LA ORDEN DEL DÍA

40. DE LA ORDEN DEL DÍA.

40.01. En el Comité se analizarán los temas, programas o procesos que presenten retrasos en relación con lo programado al trimestre que se informa, derivados de los resultados presupuestarios, financieros, operativos y administrativos; a efecto de determinar los acuerdos que consignen acciones, fechas y responsables de tomar decisiones para resolver las problemáticas y situaciones críticas para abatir el rezago informado, lo que conlleve a cumplir con las metas y objetivos de la institución, en particular sobre los aspectos relevantes vinculados con el desempeño institucional y lo relativo al cumplimiento de las principales acciones de mejora y de control comprometidas en el PTCl y PTAR.

40.02. La Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

- I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;
 - II. Aprobación de la Orden del Día;
 - III. Ratificación del acta de la sesión anterior;
 - IV. Seguimiento de Acuerdos. Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse el Vocal Ejecutivo y Titular del Órgano Fiscalizador determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones.
 - V. Temas a Presentar. El enlace de COCODI y el CCI, en conjunto con el Vocal Ejecutivo determinarán los rubros que serán tratados en el Comité, cuidando la naturaleza del mismo en materia de control, auditoría, fiscalización, transparencia e integridad procurando promover la prevención.
1. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:
- a) Informe Anual, PTCl e Informe de Resultados del Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación al Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Trimestral Ordinaria).



- b) Reporte de Avances Trimestral del PTCl. - Se deberá incluir el total de acciones de mejora concluidas y su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el SCII; así como las pendientes sin avance y el porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso.
 - c) Aspectos relevantes del Informe de verificación del OIC al Reporte de Avances Trimestral del PTCl.
2. Proceso de Administración de Riesgos Institucional.
- a) Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (Presentación en la Primera Sesión Trimestral Ordinaria).
 - b) Reporte de Avance Trimestral del PTAR. - Se deberá incluir el total de acciones de control concluidas y 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; así como la situación y porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance.
 - c) Aspectos relevantes del Informe de evaluación del OIC al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.
3. Plan Institucional de Tecnologías de Información. - Informar, en su caso, de manera ejecutiva las dificultades o situaciones que causan problemas para su cumplimiento y las acciones de solución emprendidas, en el marco de lo establecido en esa materia.
4. Cédula de problemáticas o situaciones críticas.- La cédula deberá ser elaborada por el Vocal Ejecutivo a sugerencia de los integrantes o invitados del Comité, considerando, en su caso, la información que proporcionen las unidades normativas de la SCG, 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.
5. 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

superiores a 10 puntos porcentuales 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.

- b) Proyectos de inversión pública.- El tema aplicará sólo a las instituciones que cuenten con presupuesto autorizado en este concepto y deberán identificar e informar los proyectos de inversión pública que presenten variaciones superiores a 10 puntos porcentuales, 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 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 los abogados externos que están contratados su trámite correspondiente.

Considerando la integración y objetivos del Comité, se deberá evitar la presentación en este apartado de estadísticas, aspectos y asuntos eminentemente informativos.

- 6. Aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad.

La presentación de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidades, así como de las observaciones determinadas por las instancias fiscalizadoras, puede significar que en la institución existen debilidades o insuficiencias de control interno o actos contrarios a la integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión de la institución, por lo que sólo deberá presentarse:

- 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, 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.

- VI. Asuntos Generales. En este apartado se presentarán las dificultades o situaciones que causan problemas para ser analizadas e identificar las debilidades de control interno o riesgos, mismos que deberán ser revisados y tratados en la siguiente sesión del Comité.
- VII. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus integrantes propietarios, invitados o el órgano de vigilancia, podrán solicitar se incorporen a la orden del día asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

SECCIÓN III DE LOS ACUERDOS

41. REQUISITOS DE LOS ACUERDOS.

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

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



41.02. Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los integrantes asistentes, en caso de empate el presidente del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, el vocal ejecutivo dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

42. ENVÍO DE ACUERDOS PARA SU ATENCIÓN.

42.01. El enlace de COCODI remitirá los acuerdos a los responsables de su atención, a más tardar 5 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente.

43. ACUERDOS RELEVANTES DEL CONOCIMIENTO DE INSTANCIAS SUPERIORES.

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

44. REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS.

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

SECCIÓN IV DE LAS ACTAS

45. REQUISITOS DEL ACTA

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

- I. Nombres y cargos de los asistentes;
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- III. Acuerdos aprobados, y
- IV. Firma autógrafa de los integrantes que asistan a la sesión, y del representante de la DGDA. Los invitados de la Institución que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.



46. ELABORACIÓN DEL ACTA Y DE SU REVISIÓN.

46.01. El enlace de COCODI elaborará y remitirá a los integrantes del Comité y a los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

46.02. Los integrantes del Comité y, en su caso, los invitados revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios al enlace del COCODI dentro de los 5 días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos se tendrá por aceptado el proyecto y recabará las firmas a más tardar 15 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, para su integración en la carpeta electrónica previo a la siguiente sesión.

SECCIÓN V DE LA CARPETA ELECTRÓNICA

47. DE LA CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES.

47.01. Se deberá crear una carpeta electrónica como repositorio de la información que se presentará en la sesión próxima a celebrar. El acceso a la carpeta electrónica deberá ser compartido con el titular de la institución, el OIC, el CCI, los vocales y sus suplentes y los integrantes permanentes.

47.02. La carpeta electrónica deberá estar integrada y capturada a más tardar 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión y contendrá la información del periodo trimestral acumulado al año que se reporta, relacionándola con los conceptos y asuntos de la orden del día.

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



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

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

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

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



TRANSITORIOS

PRIMERO. - El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial y se abroga el Manual Administrativo del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública Estatal de Sonora, publicado en el boletín oficial de fecha de 13 de noviembre del 2017, número 39, Tomo CC, Sección I.

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

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

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

Sonora, doce de abril del año dos mil veinticuatro. – Mtro. Guillermo Alejandro Noriega Esparza, Secretario de la Contraloría General del Estado de Sonora. -



GOBIERNO
DE **SONORA**

SECRETARÍA DE
**CONTRALORÍA
GENERAL**

