

Que de acuerdo con lo establecido en los artículos 15, 17 y 18 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, la Secretaría de la Contraloría deberá implementar mecanismos para prevenir la comisión de faltas administrativas y hechos de corrupción, evaluar anualmente el resultado de las acciones específicas que hayan implementado y adoptar las medidas necesarias para el fortalecimiento institucional en su desempeño y Control Interno de acuerdo a las recomendaciones que el Comité Coordinador del Sistema Nacional Anticorrupción emita.

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

Que el Comité de Control y Desempeño Institucional tiene entre otros objetivos, agregar valor a la gestión institucional de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal y apoyar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios, el cual será encabezado por el Titular de la Institución como Presidente y por el Titular del Órgano Interno de Control como Vocal Ejecutivo.

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

**ACUERDO que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en Materia del Marco Integrado de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno del Estado de Campeche.**

## **TÍTULO PRIMERO “DISPOSICIONES GENERALES EN MATERIA DEL MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO”**

### **CAPÍTULO I Del Ámbito de Aplicación y Definiciones**

**ARTÍCULO 1.-** Las presentes Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, tienen por objeto normar la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del Sistema de Control Interno Institucional en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.

Las presentes Disposiciones y el Manual les serán aplicables a las Entidades Paraestatales del sector financiero, en lo que no se oponga a las disposiciones legales y administrativas que rigen su funcionamiento.

**ARTÍCULO 2.-** Para efectos de las presentes Disposiciones se entiende por:

- I. *Acción de mejora:* actividades determinadas e implementadas por el Titular y demás servidores públicos de la Institución para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional, así como para prevenir, disminuir o administrar los riesgos que pudieran obstaculizar el cumplimiento de los objetivos.
- II. *Administración:* personal de mandos superiores y medios, diferente al Titular, directamente responsables de todas las actividades en la Institución, incluyendo el diseño, la implementación y la eficacia operativa del Control Interno.
- III. *Administración de Riesgos:* proceso sistemático para establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos asociados con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan controlarlos y asegurar el logro de los objetivos y metas de las Instituciones de una manera razonable.
- IV. *APE:* Administración Pública Estatal.

- V. *Área(s) de oportunidad*: la situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional.
- VI. *Autocontrol*: la implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos institucionales.
- VII. *Comité y/o COCODI*: el Comité de Control y Desempeño Institucional.
- VIII. *Competencia Profesional*: cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas. Requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación y experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de los individuos para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades.
- IX. *Controles a Nivel Institución*: controles que tienen un efecto generalizado en el Sistema de Control Interno Institucional; los Controles a Nivel Institución pueden incluir controles relacionados con el proceso de evaluación de riesgos de la Entidad, ambiente de control, organizaciones de servicios, elusión de controles y supervisión.
- X. *Controles generales*: políticas y procedimientos que se aplican a todos o a un segmento amplio de los sistemas de información institucionales; los Controles generales incluyen la gestión de la seguridad, accesos lógicos y físicos, configuraciones, segregación de funciones y planes de contingencia.
- XI. *Control correctivo (después)*: el mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones.
- XII. *Control detectivo (durante)*: el mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado.
- XIII. *Control Interno*: el proceso efectuado por el Titular de la Institución, la Administración, en su caso el Órgano de Gobierno, y los demás servidores públicos de una Institución, con objeto de proporcionar una Seguridad Razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad.
- XIV. *Control preventivo (antes)*: el mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de las metas y objetivos institucionales.
- XV. *Debilidad y/o deficiencia del Control Interno*: la insuficiencia, deficiencia o inexistencia identificada en el Sistema de Control Interno Institucional mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los órganos de control y fiscalización, que pueden evitar que se aprovechen las oportunidades y/u ocasionar que los riesgos se materialicen.
- XVI. *Dependencias*: las Secretarías, incluyendo a sus órganos administrativos desconcentrados, la Consejería Jurídica y Fiscalía General del Estado, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal.
- XVII. *Disposiciones*: las Disposiciones Generales en Materia del Marco Integrado de Control Interno.
- XVIII. *Elusión de Controles*: omisión del cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos con la intención de obtener beneficios personales, simular el cumplimiento de ciertas condiciones o propiciar actividades comúnmente ilícitas.
- XIX. *Entidades*: los Organismos Públicos Descentralizados, Empresas de Participación Estatal Mayoritaria y Fideicomisos Públicos que, en términos de la Ley de la Administración Pública Paraestatal, son considerados Entidades de la Administración Pública Paraestatal.
- XX. *Evaluación del Sistema de Control Interno*: el proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Control Interno institucional.
- XXI. *Indicadores de Desempeño*: es una medida que describe el grado de cumplimiento de los objetivos de un plan, programa o proyecto.

- XXII. *Información de Calidad*: información proveniente de fuentes confiables y que es adecuada, actual, completa, exacta, accesible y proporcionada de manera oportuna.
- XXIII. *Institución o Instituciones*: Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, así como los Órganos Constitucionales Autónomos, en su caso.
- XXIV. *Importancia Relativa*: es la conclusión, respecto del análisis de la naturaleza e impacto de cierta información, en la que la omisión o presentación incorrecta de ésta, no tiene efectos importantes en las decisiones que los diversos usuarios adopten.
- XXV. *Líneas de Reporte*: líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles en la Institución que proporcionan métodos de comunicación que pueden circular en todas las direcciones al interior de la estructura organizacional.
- XXVI. *Manual*: será el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno del Estado de Campeche.
- XXVII. *Mapa de riesgos*: la representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva.
- XXVIII. *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.
- XXIX. *Mejora Continua*: 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.
- XXX. *Objetivos Cualitativos*: objetivos no medibles en términos numéricos o de porcentaje, que la Dirección puede necesitar para diseñar medidas de desempeño que señalen el nivel o grado de cumplimiento, al comparar la situación de la Institución con periodos anteriores.
- XXXI. *Objetivos Cuantitativos*: las normas e Indicadores de Desempeño pueden ser un porcentaje específico o un valor numérico.
- XXXII. *OIC: Órgano Interno de Control*.
- XXXIII. *Órgano de Gobierno*: el cuerpo colegiado de la Administración de las Entidades, de conformidad con los artículos 17 y 18 de la Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Campeche.
- XXXIV. *Planes de Contingencia y Sucesión*: proceso definido para identificar y atender la necesidad institucional de responder a los cambios repentinos en el personal y que pueden comprometer el Sistema de Control Interno.
- XXXV. *Políticas*: declaraciones de responsabilidad respecto de los objetivos de los procesos, sus riesgos relacionados y el diseño, implementación y eficacia operativa de las actividades de control.
- XXXVI. *PTAR*: Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- XXXVII. *PTCI*: Programa de Trabajo de Control Interno.
- XXXVIII. *Puntos de Interés*: información adicional que proporciona una explicación más detallada respecto de los principios y los requisitos de documentación y formalización para el desarrollo de un Sistema de Control Interno efectivo.
- XXXIX. *Revisión de control*: es una actividad sistemática, estructurada, objetiva y de carácter preventivo, orientada a identificar debilidades de Control Interno y riesgos, para asegurar de manera razonable el cumplimiento de las metas y objetivos de las Instituciones Públicas, como son la eficiencia y eficacia de las operaciones, información financiera, contable y presupuestal confiable y oportuna, en cumplimiento con la normativa aplicable, así como la salvaguarda de los recursos públicos.
- XL. *Riesgo*: la probabilidad de ocurrencia de un evento o acción adversa y su impacto que impida u obstaculice el logro de los objetivos y metas institucionales.
- XLI. *Secretaría y/o SECONT*: Secretaría de la Contraloría.
- XLII. *Sector Público*: la Administración Pública Estatal, así como los Órganos Constitucionales Autónomos, en su caso.
- XLIII. *Seguridad Razonable*: el nivel satisfactorio de confianza en el logro de objetivos, dentro de determinadas condiciones de costos, beneficios y riesgos.
- XLIV. *Servicios Tercerizados*: práctica que lleva a cabo una dependencia o entidad para contratar un bien o un servicio externo.

- XLV. *Sistema de Control Interno Institucional y/o SCII*: es el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, procedimientos y métodos, incluido el entorno y actitudes que desarrollan autoridades y su personal a cargo, con el objetivo de prevenir posibles riesgos que afectan a una entidad pública.
- XLVI. *Sistema de Información*: personal, procesos, datos y tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información.
- XLVII. *TIC's*: Tecnologías de Información y Comunicaciones; procesos de información habilitados con la Tecnología.
- XLVIII. *Titulares*: Secretarios, Directores Generales, Coordinadores, o cualquier otro funcionario de primer nivel de las Instituciones del Sector Público y en el ámbito estatal, con independencia del término con el que se identifique su cargo o puesto.
- XLIX. *Unidades Administrativas*: división administrativa, establecida en instrumento jurídico respectivo, de los ejecutores de gasto del Sector Público y que para efectos de la programación, presupuesto, ejercicio, control y evaluación del gasto público estén constituidas en unidades responsables.

## CAPITULO II

### De los Responsables de su Aplicación, Seguimiento y Vigilancia

**ARTÍCULO 3.** Es responsabilidad de los Titulares de las Dependencias, Órganos de Gobierno de las Entidades y demás servidores públicos de las mismas la aplicación de las presentes Disposiciones y del Manual, así como atender con oportunidad los compromisos que se generen con su implementación.

**ARTÍCULO 4.** La Secretaría, por sí o a través de los Órganos Internos de Control, así como los Comisarios Públicos, conforme a sus respectivas atribuciones, serán responsables de vigilar o fiscalizar la adecuada aplicación de las presentes Disposiciones y del Manual.

Los Coordinadores de Control Interno y Comisarios Públicos, impulsarán ante los Titulares de las Dependencias y Entidades, en el Comité y, en su caso, en los órganos de gobierno, la implementación de las presentes Disposiciones y del Manual.

**ARTÍCULO 5.** Los Titulares de las Dependencias y Entidades y, cuando corresponda los Órganos de Gobierno de estas últimas serán responsables de supervisar que se cumpla lo establecido en las presentes Disposiciones y el Manual.

**ARTÍCULO 6.** Los Titulares de las Dependencias y Entidades designarán, mediante oficio dirigido al Titular de la Secretaría, a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno, para la aplicación de las presentes Disposiciones. Dicha designación recaerá, preferentemente, en el Director o Coordinador Administrativo o su equivalente. El Coordinador de Control Interno designará al Enlace de Control Interno Institucional y al Enlace de Administración de Riesgos, quienes deberán tener nivel jerárquico inmediato inferior al del Coordinador.

Los cambios en las designaciones anteriores se informarán de la misma forma, dentro de los 10 días hábiles posteriores a que se efectúen.

El Coordinador de Control Interno y los Enlaces deberán gestionar la infraestructura y servicios de tecnologías de información y comunicación de la Institución, así como la creación y asignación de una cuenta de correo con el dominio de la Institución o cualquier otro, que cumpla lo siguiente:

Designación	Nombre del Correo
Coordinador de Control Interno	coordinadorci(siglas de la Institución)@...
Enlace de Control Interno Institucional	enlacecii(siglas de la Institución)@...

Enlace de Administración de Riesgos	enlaceari(siglas de la Institución)@...
Enlace del COCODI	enlacecocodi(siglas de la Institución)@...

**TÍTULO SEGUNDO**  
**“MODELO ESTATAL DEL MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA EL**  
**SECTOR PÚBLICO”**

**CAPÍTULO I**  
**Objetivos del Control Interno**

**ARTÍCULO 7.** El Control Interno tiene por objetivo proporcionar una Seguridad Razonable en el logro de objetivos y metas, dentro de las siguientes categorías:

- I. Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos;
- II. Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria, de operación y contable, conforme los lineamientos establecidos por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC) y las medidas adoptadas por el Consejo de Armonización Contable del Estado de Campeche (CACECAM);
- III. Cumplimiento del marco jurídico aplicable a las Instituciones, y
- IV. Salvaguarda, preservación y mantenimiento de los recursos públicos en condiciones de integridad, transparencia y disponibilidad para los fines a que están destinados.

**ARTÍCULO 8.** Para lograr los objetivos previstos en el artículo anterior, el Control Interno debe proporcionar un nivel de Seguridad Razonable respecto a que:

- I. Se cuenta con medios o mecanismos para conocer el avance en el logro de los objetivos y metas, así como para identificar, medir y evaluar los riesgos que pueden obstaculizar su consecución.
- II. La información financiera, presupuestal y de gestión, se prepara y obtiene en términos de integridad, confiabilidad, oportunidad, suficiencia y transparencia;
- III. Se cumple con las leyes, reglamentos y demás Disposiciones administrativas que rigen el funcionamiento de las Dependencias y Entidades;
- IV. Los recursos están protegidos adecuadamente y en condiciones de disponibilidad; y,
- V. Los procesos sustantivos y de apoyo para el logro de metas y objetivos, así como para la aplicación de los recursos o aquellos proclives a posibles actos de corrupción, están fortalecidos para prevenir o corregir desviaciones u omisiones que afecten su debido cumplimiento.

**CAPÍTULO II**  
**Estructura del Modelo**

**ARTÍCULO 9.** En el establecimiento y actualización del Marco Integrado de Control Interno, las Dependencias y las Entidades a través de sus Titulares y de los servidores públicos que se ubiquen en los diversos niveles de Control Interno, observarán lo siguiente:

NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO:

1. Ambiente de Control,
2. Administración de Riesgos,
3. Actividades de Control,
4. Información y Comunicación, y
5. Supervisión

**Ambiente de Control:** Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un Sistema de Control Interno eficaz e influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control. Para la aplicación de esta norma, el Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán establecer y mantener un ambiente de control en toda la Institución, que implique una actitud de respaldo hacia el Control Interno, así como vigilar la

implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control.

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

**Actividades de Control:** Son las acciones que define y desarrolla la Administración mediante políticas, procedimientos y tecnologías de la información con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción. Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la Institución, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias. En todos los niveles de la Institución existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todos los servidores públicos conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o Unidad Administrativa.

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

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

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

**Supervisión:** Son las actividades establecidas y operadas por los responsables designados por el Titular de la Institución, con la finalidad de mejorar de manera continua al Control Interno, mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la Administración en cada uno de los procesos que realiza, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías realizadas por el Órgano Interno de Control y por otras instancias fiscalizadoras, ya que proporcionan una supervisión adicional a nivel Institución, división, Unidad Administrativa o función.

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

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

**ARTÍCULO 10.-** Para la consecución de los objetivos de la Institución, las normas generales de Control Interno incluyen 17 principios, en los que la Administración deberá de apoyarse para el logro de los mismos.

**PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO:** Los 17 principios respaldan el diseño, implementación y operación de los componentes asociados de Control Interno y representan los requerimientos necesarios para establecer un Control Interno apropiado (es decir: eficaz, eficiente, económico y suficiente conforme a la naturaleza, tamaño, marco jurídico y mandato de la Institución) son los siguientes, de acuerdo a cada norma general de Control Interno Institucional.

A) Los principios que corresponden al Ambiente de Control son:

1. El Órgano de Gobierno, en su caso, el Titular y la Administración deben mostrar una actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y la corrupción.
2. El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular es responsable de vigilar el funcionamiento del Control Interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto.
3. El Titular debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las Disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar los objetivos institucionales, preservar la integridad, prevenir la corrupción y rendir cuentas de los resultados alcanzados.
4. La Administración, es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes.
5. La Administración, debe evaluar el desempeño del Control Interno en la Institución y hacer responsables a todos los servidores públicos por sus obligaciones específicas en materia de Control Interno.

B) Los principios que corresponden a la Administración de Riesgos son:

6. El Titular, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente los objetivos institucionales y formular un plan estratégico que, de manera coherente y ordenada, se asocie a éstos y a su mandato legal, asegurando además que dicha planeación estratégica contemple la alineación institucional a los planes estatales, regionales, sectoriales y todos los demás instrumentos y normativas vinculatorias que correspondan.
7. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales, así como de los procesos por los que se obtienen los ingresos y se ejerce el gasto, entre otros.
8. La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realiza la Institución.
9. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar al Control Interno.

C) Los principios que corresponden a las Actividades de Control son:

10. La Administración, debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales y responder a los

riesgos. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos que realizan, incluyendo los riesgos de corrupción.

11. La Administración, debe diseñar los sistemas de información institucional y las actividades de control asociadas, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.
12. La Administración, debe implementar las actividades de control a través de políticas, procedimientos y otros medios de similar naturaleza, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas. Asimismo, deben ser apropiadas, suficientes e idóneas para enfrentar los riesgos a los que están expuestos sus procesos.

D) Los principios que corresponden a la Información y Comunicación son:

13. El Titular y la Administración, deben implementar los medios que permitan a las Unidades Administrativas generar y utilizar información pertinente y de calidad para la consecución de los objetivos institucionales.
14. El Titular y la Administración, son responsables de que las Unidades Administrativas comuniquen internamente, por los canales apropiados y de conformidad con las Disposiciones aplicables, la Información de Calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales.
15. El Titular y la Administración, son responsables de que las Unidades Administrativas comuniquen externamente, por los canales apropiados y de conformidad con las Disposiciones aplicables, la Información de Calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales.

E) Los principios que corresponden a la Supervisión son:

16. La Administración, debe establecer actividades para la adecuada supervisión del Control Interno y la evaluación de sus resultados.
17. La Administración, es responsable de corregir oportunamente las deficiencias de Control Interno detectadas.

**ARTÍCULO 11.-** Para la ejecución y Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional se divide en tres niveles de responsabilidad, cuyos propósitos son los siguientes:

1. Estratégico: Lograr la misión, visión, objetivos y metas institucionales. Los servidores públicos responsables en este nivel son los Titulares de las Dependencias y Entidades, así como los servidores públicos del segundo orden jerárquico;
2. Directivo: Que la operación de los procesos y programas se realice correctamente. Los servidores públicos responsables en este nivel son del tercer y cuarto orden jerárquico que dependen del titular de la dependencia o Entidad; y
3. Operativo: Que las acciones y tareas requeridas en los distintos procesos se ejecuten de manera efectiva. Los servidores públicos responsables en este nivel son los del quinto y siguientes órdenes jerárquicos.

**ARTÍCULO 12.** Adicionalmente, el Marco Integrado de Control Interno contiene información específica presentada como Puntos de Interés, los cuales tienen como propósito proporcionar al Titular y la Administración, material de orientación para el diseño, implementación y operación de los principios a los que se encuentran asociados. Los Puntos de Interés dan mayores detalles sobre el principio asociado al que atienden y

explican de manera más precisa los requerimientos para su implementación y documentación, por lo que orientan sobre la temática que debe ser abordada. Los Puntos de Interés también proporcionan antecedentes sobre cuestiones abordadas en el Marco. Los Puntos de Interés se consideran relevantes para la implementación del Marco. Por su parte, la Administración tiene la responsabilidad de conocerlos y entenderlos, así como ejercer su juicio profesional para el cumplimiento del Marco, en el entendido de que éstas establecen procesos generales para el diseño, la implementación y la operación del Control Interno. Los Puntos de Interés se detallan en el **Anexo 1** de este Acuerdo.

### **CAPÍTULO III**

#### **Participantes y Funciones en el Sistema de Control Interno Institucional**

**ARTÍCULO 13.** En el Sistema de Control Interno Institucional (SCII), los Titulares de las Instituciones son responsables de:

- I.** Establecerlo y mantenerlo actualizado, conforme a la estructura del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público señalado en el Capítulo Segundo del presente Título. Podrán considerar las particularidades de la Institución;
- II.** Supervisar y evaluar periódicamente su funcionamiento;
- III.** Asegurar que se autoevalúe por nivel de Control Interno e informar anualmente el estado que guarda, conforme a lo establecido en la sección I del Capítulo Cuarto de este Título;
- IV.** Establecer acciones de mejora para fortalecerlo e impulsar su cumplimiento oportuno;
- V.** Aprobar el Informe Anual y las encuestas consolidadas por nivel de control;
- VI.** Aprobar el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y, en su caso su actualización, así como difundirlo a los responsables de su implementación;
- VII.** Privilegiar el Autocontrol y los controles preventivos, y
- VIII.** Presentar a la Administración y en su caso al Órgano de Gobierno, las debilidades de Control Interno de mayor importancia y las acciones de mejora respectivas.

**ARTÍCULO 14.** Los servidores públicos señalados en el artículo 11, en el nivel de Control Interno que les corresponde, son responsables de:

- I.** Establecerlo y mantenerlo actualizado, conforme la atención a los elementos de Control Interno señalados en los artículos 10, 11 y 12 de las presentes Disposiciones;
- II.** Supervisar y autoevaluar periódicamente su funcionamiento;
- III.** Proponer acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas;
- IV.** Informar a su superior inmediato de las debilidades de Control Interno detectadas; las debilidades de Control Interno de mayor importancia, se comunicarán al Titular de la Institución, conjuntamente con la propuesta de las acciones de mejora correspondientes, y
- V.** El Titular de la Institución informará al Comité y en su caso al Órgano de Gobierno de lo señalado en la fracción anterior.

**ARTÍCULO 15.** En el caso de las Entidades, el Órgano de Gobierno, de acuerdo con sus atribuciones, será igualmente responsable de verificar el cumplimiento de los objetivos y del Programa de Trabajo de Control Interno.

**ARTÍCULO 16.** Los Titulares de los Órganos Internos de Control en el Sistema de Control Interno Institucional serán responsables de:

- I.** Evaluar el Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno, en apego a la Sección V del Capítulo Cuarto, del presente Título, y
- II.** Dar seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional, conforme a la Sección IV del Capítulo Cuarto, de este Título.

**ARTÍCULO 17.** Todos los servidores públicos de la Institución, incluido su titular, en el ámbito de su competencia, contribuirán al establecimiento y Mejora Continua del Sistema de Control Interno Institucional.

**ARTÍCULO 18.** En apoyo a la implementación y actualización del Sistema de Control Interno Institucional, la participación del Coordinador de Control Interno y del Enlace de dicho sistema, consistirá en lo siguiente:

I. Coordinador de Control Interno:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre la Institución, el OIC y la Secretaría, en la evaluación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;
- b) Acordar con el Titular de la Institución las acciones a seguir para la instrumentación de las Disposiciones relacionadas con el Sistema de Control Interno Institucional en términos de las presentes Disposiciones y del Manual;
- c) Revisar con el Enlace de Control Interno Institucional el proyecto de los documentos siguientes:
  1. Informe Anual, encuestas consolidadas por nivel de Control y Programa de Trabajo de Control Interno;
  2. Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno, y
  3. Programa de Trabajo de Control Interno actualizado, y
- d) Presentar para aprobación del Titular de la Institución los documentos descritos en el inciso anterior.

II. Enlace de Control Interno Institucional:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y la Institución;
- b) Iniciar las acciones previas para la autoevaluación anual, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la emisión de las encuestas que mediante comunicación por escrito o medios electrónicos realice el Coordinador de Control Interno, y hacer del conocimiento del Titular del OIC dicha autoevaluación;
- c) Evaluar con los responsables por niveles de Control Interno las propuestas de acciones de mejora que serán incorporadas a las encuestas consolidadas y al PTCI;
- d) Integrar por nivel de Control Interno los resultados de las encuestas, para elaborar la propuesta del Informe Anual, las encuestas consolidadas y el PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- e) Obtener el porcentaje de cumplimiento general, por niveles del Sistema de Control Interno Institucional y por Norma General;
- f) Resguardar las encuestas aplicadas y consolidadas;
- g) Elaborar propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- h) Dar seguimiento permanente al PTCI, e
- i) Integrar información, elaborar el proyecto de Reporte de Avances Trimestral consolidado del cumplimiento del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional**

##### Sección I

##### De la Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional

**ARTÍCULO 19.-** El SCII deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por los servidores públicos responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las cinco Normas Generales de Control Interno, sus 17 Principios y elementos de Control Interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

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

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

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

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

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

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

La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de las cinco Normas Generales de Control Interno y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

**I. Ambiente de Control:** para esta norma, los Titulares deberán asegurarse de que exista un entorno y clima organizacional de respeto e integridad con actitud de compromiso y congruente con los valores éticos del servicio público en estricto apego al marco jurídico que rige a la Administración Pública Estatal, con una clara definición de responsabilidades, desagregación y delegación de funciones, además de prácticas adecuadas de administración de los recursos humanos; alineados en su conjunto con la misión, visión, objetivos y metas institucionales, lo que contribuirá a fomentar la transparencia, rendición de cuentas y el apoyo a la implementación de un

Sistema de Control Interno eficaz y eficiente. Proporciona disciplina y estructura para apoyar al personal en la consecución de los objetivos institucionales.

Le corresponde a cada uno de los niveles de responsabilidad de Control Interno, asegurarse de que se cumpla con los siguientes elementos de control:

**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

1. Que la misión, visión, objetivos y metas institucionales, estén alineados al Plan Estatal de Desarrollo y a los Programas Sectoriales, Institucionales y Especiales;
2. Que el personal de la Institución conozca y comprenda la misión, visión, objetivos y metas institucionales;
3. Que exista, se actualice y difunda un Código de Conducta, en apego al Código de Ética de la APE;
4. Que se diseñen, establezcan y operen los controles con apego al Código de Ética y al Código de Conducta;
5. Que promueva e impulse la capacitación y sensibilización de la cultura de Autocontrol y Administración de Riesgos y se evalúe el grado de compromiso institucional en esta materia;
6. Que efectúe la planeación estratégica institucional como un proceso sistemático con mecanismos de control y seguimiento, que proporcionen periódicamente información relevante y confiable para la toma oportuna de decisiones;
7. Que existan, se actualicen y difundan Políticas de operación que orienten los procesos al logro de resultados;
8. Que utilicen TIC's para simplificar y hacer más efectivo el control;
9. Que se cuente con un Sistema de Información integral y preferentemente automatizado que, de manera oportuna, económica, suficiente y confiable, resuelva las necesidades de seguimiento y toma de decisiones, y
10. Que los servidores públicos conozcan y apliquen las presentes Disposiciones y el Manual.

**B.- NIVEL DIRECTIVO:**

11. La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones; evitando que dos o más de éstas se concentren en una misma persona y, además, establece las adecuadas líneas de comunicación e información;
12. Los perfiles y descripciones de puestos están definidos, alineados a las funciones y actualizados. Se cuenta con procesos para la contratación, capacitación y desarrollo, evaluación del desempeño, estímulos y, en su caso, promoción de los servidores públicos;
13. Aplicar al menos una vez al año encuestas de clima organizacional, identificar Áreas de oportunidad, determinar acciones, dar seguimiento y evaluar resultados;
14. Los manuales de organización son acordes a la estructura organizacional autorizada y a las atribuciones y responsabilidades establecidas en las leyes, reglamentos, y demás ordenamientos aplicables, así como, a los objetivos institucionales, y
15. Los manuales de organización y de procedimientos, así como sus modificaciones, están autorizados, actualizados y publicados.

**C.- NIVEL OPERATIVO:**

16. Las funciones se realizan en cumplimiento al manual de organización, y
17. Las operaciones se realicen conforme a los manuales de procedimientos autorizados y publicados.

**II. Administración de Riesgos:** En esta norma se requiere que se implemente un proceso sistemático que permita identificar, evaluar, jerarquizar, controlar y dar seguimiento a los riesgos que puedan obstaculizar o impedir el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Se analizan los factores internos y externos que puedan aumentar el impacto y la probabilidad de materialización de los riesgos; y se definen estrategias y acciones para controlarlos y fortalecer el Sistema de Control Interno.

La Administración de Riesgos se realiza en apego a las etapas mínimas del proceso, establecidas en el Título Tercero de las presentes Disposiciones y el Manual.

La Administración de Riesgos permite al Órgano de Gobierno o en su caso, al Titular, tratar efectivamente a la incertidumbre, a los riesgos y oportunidades asociados, mejorando así la capacidad de generar valor, por lo tanto, es responsabilidad del directivo de más alto nivel, valorar su probabilidad e impacto y diseñar estrategias para administrarlos, por lo que se deberá de tomar como punto a tratar en las sesiones del Comité u Órgano de Gobierno, conforme a lo establecido en el Título Tercero de estas Disposiciones.

Le corresponde a cada uno de los niveles de responsabilidad de Control Interno, asegurarse de que se cumpla con los siguientes elementos:

**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

1. Existe y se realiza la Administración de Riesgos en apego a las etapas mínimas del proceso, establecidas en el Título Tercero de las presentes Disposiciones.
2. Existe un proceso permanente para identificar el cambio de condiciones y tomar las acciones necesarias, a fin de que el Mapa de Riesgos siga siendo útil, así como las medidas de Control Interno implementadas, sigan siendo efectivas.
3. Se definen las estrategias encaminadas a minimizar el nivel de Riesgo y reforzar el Control Interno para su prevención y manejo, informando lo conducente a la Secretaría y Órganos de Gobierno en su caso.

**B.- NIVEL DIRECTIVO:**

4. Se identifican los factores de Riesgo relevantes, para establecer los puntos clave de control para su administración.
5. Se elaboran y mantienen actualizados los Mapas de Riesgos, atendiendo a los cambios en el entorno económico y legal, a las condiciones internas y externas, y a la incorporación de objetivos nuevos o modificados.
6. Se analizan y clasifican los factores de riesgo, en cuanto a su impacto y probabilidad de ocurrencia.
7. Se establecen y mantienen mecanismos efectivos de Control Interno que permitan tratar y mantener el Riesgo en un nivel aceptable.
8. Se establecen procedimientos para asegurar el correcto diseño e implementación de medidas para gestionar o minimizar el riesgo.

**III. Actividades de Control:** Se requiere que en todos los niveles y funciones de la Institución se establezcan y actualicen las políticas, procedimientos, mecanismos y acciones necesarias para lograr razonablemente los objetivos y metas institucionales.

Las actividades de control, son las acciones establecidas, a través de políticas y procedimientos, por los responsables de las Unidades Administrativas para alcanzar los objetivos institucionales y responder a sus riesgos asociados, incluidos los de corrupción y los de sistemas de información.

Dentro de éstas, se incluirán diversas actividades de revisión, aprobación, autorización, verificación, conciliación y supervisión que provean evidencia documental y/o electrónica de su ejecución.

**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

1. Los Comités institucionales funcionan en los términos de la normatividad que en cada caso resulte aplicable;
2. El Órgano de Gobierno analiza y da seguimiento a los temas relevantes relacionados con el logro de objetivos y metas institucionales, el Sistema de Control Interno Institucional, la Administración de Riesgos, la auditoría interna y externa, en los términos del Título Cuarto de estas Disposiciones;
3. Se establecen los instrumentos y mecanismos que miden los avances y resultados del cumplimiento de los objetivos y metas institucionales y analizan las variaciones.
4. Se establecen los instrumentos y mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, a efecto de abatir su recurrencia.

**B.- NIVEL DIRECTIVO:**

5. Las actividades relevantes y operaciones están autorizadas y ejecutadas por el servidor público facultado para ello conforme a la normatividad; dichas autorizaciones están comunicadas al personal. En todos los casos, se cancelan oportunamente los accesos autorizados, tanto a espacios físicos como a TIC's, del personal que causó baja;
6. Se encuentran claramente definidas las actividades, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;
7. Están en operación los instrumentos y mecanismos que miden los avances y resultados del cumplimiento de los objetivos y metas institucionales y se analizan las variaciones por Unidad Administrativa, y
8. Existen controles para que los servicios se brinden con estándares de calidad.

**C.- NIVEL OPERATIVO:**

9. Existen y operan mecanismos efectivos de control para las distintas actividades que se realizan en su ámbito de competencia, entre otras, registro, autorizaciones, verificaciones, conciliaciones, revisiones, resguardo de archivos, bitácoras de control, alertas y bloqueos de sistemas y distribución de funciones;
10. Las operaciones relevantes están debidamente registradas y soportadas con documentación clasificada, organizada y resguardada para su consulta y en cumplimiento de las leyes que le aplican;
11. Las operaciones de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, están soportadas con la documentación pertinente y suficiente; y aquellas con omisiones, errores, desviaciones o insuficiente soporte documental, se aclaran o corrigen con oportunidad;
12. Existan los espacios y medios necesarios para asegurar y salvaguardar los bienes, incluyendo el acceso restringido al efectivo, títulos valor, inventarios, mobiliario y equipo u otros que pueden ser vulnerables al Riesgo de pérdida, uso no autorizado, actos de corrupción, errores, fraudes, malversación de recursos o cambios no autorizados; y que son oportunamente registrados y periódicamente comparados físicamente con los registros contables;
13. Se operan controles para garantizar que los servicios se brindan con estándares de calidad, y
14. Existen y operan los controles necesarios en materia de TIC's para:
  - i. Asegurar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información electrónica de forma oportuna y confiable;
  - ii. Instalación apropiada y con licencia de software adquirido;
  - iii. Plan de contingencias que dé continuidad a la operación de las TIC's y de la Institución;
  - iv. Programas de seguridad, adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's;
  - v. Procedimientos de respaldo y recuperación de información, datos, imágenes, voz y video, en servidores y centros de información, y programas de trabajo de los operadores en dichos centros;
  - vi. Desarrollo de nuevos sistemas informáticos y modificaciones a los existentes, que sean compatibles, escalables e interoperables, y
  - vii. Seguridad de accesos a personal autorizado, que comprenda registros de altas, actualización y bajas de usuarios.

**IV. Información y Comunicación:** Que existan requerimientos de información definidos por grupos de interés, flujos identificados de información externa e interna y mecanismos adecuados para el registro y generación de información clara, confiable, oportuna y suficiente, con acceso ágil y sencillo, para respaldar el Sistema de Control Interno; que permita la adecuada toma de decisiones, transparencia y rendición de cuentas de la gestión pública.

La información que se genera, obtenga, adquiera, transforme o conserve se clasifica y se comunica en cumplimiento a las disposiciones legales y administrativas aplicables en la materia.

Los sistemas de información estén diseñados e instrumentados bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión

eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento.

Que existan canales de comunicación adecuados y retroalimentación entre todos los servidores públicos de la Institución, que generen una visión compartida, articulen acciones y esfuerzos, faciliten la integración de los procesos y/o Instituciones y mejoren las relaciones con los grupos de interés; así como crear cultura de compromiso, orientación a resultados y adecuada toma de decisiones.

Implementen procedimientos, métodos, recursos e instrumentos que garanticen la difusión y circulación amplia y focalizada de la información hacia los diferentes grupos de interés, preferentemente automatizados.

**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

1. Se cuenta con información periódica y relevante de los avances en la atención de los acuerdos y compromisos de las reuniones del Órgano de Gobierno, de Comités Institucionales y de grupos de alta dirección, a fin de impulsar su cumplimiento oportuno y obtener los resultados esperados.

**B.- NIVEL DIRECTIVO:**

2. El Sistema de Información permite conocer si se cumplen los objetivos y metas institucionales con uso eficiente de los recursos y de conformidad con las leyes, reglamentos y demás disposiciones aplicables;
3. El Sistema de Información proporciona información contable y programático-presupuestal oportuna, suficiente y confiable;
4. Se establecen medidas a fin de que la información generada cumpla con las disposiciones legales y administrativas aplicables;
5. Existe y opera un registro de acuerdos y compromisos de las reuniones del Órgano de Gobierno, de Comités Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma, y
6. Existe y opera un mecanismo para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias.

**C.- NIVEL OPERATIVO:**

7. La información que genera y registra en el ámbito de su competencia, es oportuna, confiable, suficiente y pertinente.

**V. Supervisión:** El Control Interno es un proceso dinámico que tiene que adaptarse continuamente a los riesgos y cambios a los que se enfrenta la Institución, la supervisión es esencial para contribuir a asegurar que el Control Interno se mantiene alineado con los objetivos institucionales, el entorno operativo, las disposiciones jurídicas aplicables, los recursos asignados y los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos, todos ellos en constante cambio. La supervisión del Control Interno permite evaluar la calidad del desempeño en el tiempo y asegura que los resultados de las auditorías y de otras revisiones se atiendan con prontitud. Las acciones correctivas son un complemento necesario para las actividades de control, con el fin de alcanzar los objetivos institucionales.

Las debilidades de Control Interno determinadas por los servidores públicos se hacen del conocimiento del superior jerárquico inmediato hasta el nivel del Titular de la Institución.

**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

1. Las operaciones y actividades de control se ejecutan con supervisión permanente a fin de mantener y elevar su eficiencia y eficacia;
2. El Sistema de Control Interno Institucional periódicamente se verifica y evalúa por los servidores públicos responsables de cada nivel de Control Interno y por los diversos órganos de fiscalización y evaluación, y
3. Se atiende con diligencia la causa raíz de las debilidades de Control Interno identificadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia. Su atención y seguimiento se efectúa en el Programa de Trabajo de Control Interno.

B.- NIVEL DIRECTIVO:

4. Realiza la supervisión permanente y Mejora Continua de las operaciones y actividades de control, y
5. Se identifica la causa raíz de las debilidades de Control Interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas al Programa de Trabajo de Control Interno para su atención y seguimiento.

Sección II.

Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.

**ARTÍCULO 20.** Los Titulares de las Instituciones realizarán por lo menos una vez al año, la autoevaluación del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional con corte al 31 de octubre y presentarán con su firma autógrafa el Informe Anual:

- I. Al Secretario de la Contraloría, con copia al Titular del OIC, a más tardar el 31 de enero;
- II. Al Comité en la primera sesión ordinaria, y
- III. En su caso, al Órgano de Gobierno, en la sesión inmediata posterior a la del Comité.

Los Comités sesionaran cuatro veces al año como mínimo.

**ARTÍCULO 21.** El Informe Anual se integrará con los siguientes apartados:

- I. Aspectos relevantes derivados de la aplicación de las encuestas:
  - a) Porcentaje de cumplimiento general, por nivel del Sistema de Control Interno Institucional y por Norma General;
  - b) Elementos de Control Interno con mayor grado de cumplimiento, identificados por Norma General y nivel del Sistema de Control Interno Institucional;
  - c) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de Control Interno, y
  - d) Debilidades o Áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional;
- II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas, y
- III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejoras comprometidas en el PTCl.

Los Titulares de las Instituciones deberán sustentar los apartados contenidos en las fracciones I a III del artículo anterior, con las encuestas consolidadas y el PTCl, que se anexarán al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo.

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

Sección III.

Encuestas para la autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

**ARTÍCULO 22.** La autoevaluación por nivel de Control Interno se realizará mediante la aplicación de las encuestas que para tal efecto la Entidad, por conducto del Coordinador de Control Interno, determine y comunique por escrito o a través de medios electrónicos. La encuesta permanecerá vigente hasta en tanto se emita su actualización, en cuyo caso ésta se pondrá a disposición a más tardar el último día del mes de octubre.

**ARTÍCULO 23.** El Enlace de Control Interno Institucional aplicará las encuestas en los tres niveles de Control Interno, Estratégico, Directivo y Operativo, para este último seleccionará una muestra representativa de los servidores públicos que lo integran, conforme a lo que determine y comunique por escrito o a través de medios electrónicos el Coordinador de Control Interno.

**ARTÍCULO 24.** Los servidores públicos en el nivel del Sistema de Control Interno Institucional, en el ámbito de su competencia, serán responsables de conservar la evidencia documental y/o electrónica suficiente, competente, relevante y pertinente que acredite las afirmaciones efectuadas en la encuesta, así como de resguardarla, por lo que no se adjuntará documento físico alguno.

La evidencia documental y/o electrónica a que se refiere este artículo estará a disposición de los órganos fiscalizadores.

**ARTÍCULO 25.** Las acciones de mejora que se incluyan en las encuestas consolidadas y en el PTCI, estarán dentro del ámbito de competencia de la Institución y se realizarán con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que ésta tenga asignados.

Sección IV.

Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno.

**ARTÍCULO 26.** El Programa de Trabajo de Control Interno deberá incluir:

- a) Las acciones de mejora determinadas en las encuestas consolidadas, las cuales se concluirán a más tardar en la fecha de corte del siguiente año (octubre), establecida en el artículo 22, de estas Disposiciones;
- b) La fecha de inicio y término;
- c) La Unidad Administrativa y el responsable de su implementación;
- d) Los medios de verificación, y
- e) El nombre y la firma del Titular de la Institución.

En su caso, se incorporarán las recomendaciones que emitan otros órganos fiscalizadores y evaluadores, distintos al OIC.

**ARTÍCULO 27.** El PTCI se actualizará, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la celebración de la segunda sesión ordinaria del Comité, de acuerdo a lo siguiente:

- I. Si el Titular de la Institución aprueba la incorporación de recomendaciones emitidas por el Titular del OIC en su evaluación al Informe Anual. En caso de que el Titular considere que las recomendaciones del OIC no son factibles de implementarse, propondrá ante el Comité alternativas de atención, y
- II. Cuando en el seno del Comité u Órgano de Gobierno, se tomen acuerdos relativos a recomendaciones que fortalezcan el Sistema de Control Interno Institucional.

**ARTÍCULO 28.** El seguimiento del PTCI se realizará trimestralmente por el Titular de la Institución, a través del Reporte de Avances Trimestral que contendrá lo siguiente:

- I. Resumen de acciones de mejora comprometidas, cumplidas, en proceso y su porcentaje de cumplimiento;
- II. En su caso, descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones comprometidas y propuestas de solución para consideración del Comité, y
- III. Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y resultados alcanzados en relación con los esperados.

El Titular de la Institución presentará dicho reporte:

- a) Al Titular del OIC, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para fines del informe de verificación señalado en el artículo 30 de estas Disposiciones, y
- b) Al Comité en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre.

**ARTÍCULO 29.** La evidencia documental y/o electrónica suficiente, competente, relevante y pertinente que acredite la implementación de las acciones de mejora y/o avances reportados del cumplimiento del PTCI, será resguardada por los servidores públicos responsables y estará a disposición de los órganos fiscalizadores.

**ARTÍCULO 30.** El informe de verificación del Titular del OIC al Reporte de Avances Trimestral del PTCI, se presentará:

- I. Al Titular de la Institución, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la presentación de dicho Reporte ante el Comité, y
- II. Al Comité y, en su caso al Órgano de Gobierno, en las sesiones inmediatas posteriores a la presentación de cada Reporte de Avances.

Sección V.

Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual.

**ARTÍCULO 31.** Los Titulares de los OIC evaluarán el Informe Anual, debiendo presentar con su firma autógrafa el informe de resultados:

- I. Al Titular de Institución y al Secretario de la Contraloría del Estado, a más tardar durante el mes de febrero; y
- II. Al Comité, en la primera sesión ordinaria o, en su caso, al Órgano de Gobierno.

**ARTÍCULO 32.** El informe de resultados de la evaluación del Titular del OIC, considerará los siguientes aspectos:

- I. La existencia de las encuestas por cada nivel del Sistema de Control Interno Institucional que soporten las encuestas consolidadas;
- II. La existencia de la evidencia, documental y/o electrónica, del cumplimiento de los elementos de Control Interno reportados en las encuestas consolidadas por cada nivel;
- III. Que el PTCl se integre con las acciones de mejora determinadas en las encuestas consolidadas;
- IV. Las acciones de mejora comprometidas en el PTCl son pertinentes respecto a las debilidades o Áreas de oportunidad detectadas;
- V. Los resultados alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas y reportadas en el PTCl, y
- VI. Conclusiones y recomendaciones.

**TÍTULO TERCERO.**

**“ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS”**

**CAPÍTULO I**

**Participantes y Funciones en la Administración de Riesgos**

**ARTÍCULO 33.** El proceso de Administración de Riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los Titulares de todas las Unidades Administrativas de la Institución, el Titular del Órgano Interno de Control, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

Los Titulares de las Instituciones, en cumplimiento a la Segunda Norma General de Control Interno establecida en el artículo 9 y 10 de estas Disposiciones, se asegurarán de que la metodología a instrumentar para la Administración de Riesgos contenga las etapas mínimas previstas en el artículo 35 de las propias Disposiciones y se constituya como herramienta de gestión y proceso sistemático. Dichos Titulares instruirán a las Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos iniciar el proceso de Administración de Riesgos.

**ARTÍCULO 34.** La participación del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos, para efectos de este capítulo consistirá en:

- I. Coordinador de Control Interno:
  - a) Acordar con el Titular de la Institución:
    1. La metodología de Administración de Riesgos considerando lo establecido en las presentes Disposiciones y el Manual;
    2. Las acciones para la aplicación de la metodología de Administración de Riesgos, e informarle sobre los avances;
    3. Los objetivos y metas institucionales a los que se deberá alinear el proceso de Administración de Riesgos, y

4. Los riesgos institucionales.
- Asimismo, comunicará la información anterior a las Unidades Administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos;
- b) Coordinar y supervisar que el proceso de Administración de Riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes Disposiciones y el Manual, y ser el canal de comunicación e interacción con el Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos;
- c) Definir con el Enlace de Administración de Riesgos la propuesta de riesgos institucionales y revisar el proyecto de los siguientes documentos y sus respectivas actualizaciones:
1. Matriz de Administración de Riesgos Institucional;
  2. Mapa de Riesgos Institucional;
  3. PTAR Institucional;
  4. Reporte de Avances Trimestral del PTAR, y
  5. Reporte anual del comportamiento de los riesgos;
- d) Presentar anualmente para autorización y firma del Titular de la Institución los documentos descritos en el inciso anterior, con fecha de autorización y firmados por él y por el Enlace de Administración de Riesgos;
- e) Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR Institucionales, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas y al Enlace de Administración de Riesgos;
- f) Supervisar que los documentos descritos en el inciso c) de esta fracción, se presenten en la primera sesión ordinaria del ejercicio fiscal correspondiente, del Comité o del órgano de gobierno, según corresponda, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes; y que los avances de las metas y objetivos institucionales utilizados en el proceso de Administración de Riesgos, se incluyan en los asuntos del Orden del Día conforme a lo señalado en el artículo 62, fracción VII, inciso a) de las presentes Disposiciones, y
- g) 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.

#### II. Enlace de Administración de Riesgos:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con el Coordinador de Control Interno y las Unidades Administrativas responsables de la Administración de Riesgos;
- b) Informar y orientar a las Unidades Administrativas sobre el establecimiento de la metodología de Administración de Riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten su propuesta de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos, en función de las etapas mínimas previstas en el artículo 35 de las presentes Disposiciones;
- c) Revisar y analizar la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, y definir con el Coordinador de Control Interno la propuesta de riesgos institucionales, a efecto de elaborar y presentar a dicho Coordinador los proyectos institucionales de los siguientes documentos:
1. Matriz de Administración de Riesgos;
  2. Mapa de Riesgos Institucional;
  3. PTAR Institucional;
  4. Reporte de Avances Trimestral del PTAR, y
  5. Reporte anual del comportamiento de los riesgos;
- d) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados, y sus respectivas actualizaciones;
- e) Dar seguimiento permanente al PTAR Institucional y actualizar el Reporte de Avance Trimestral, y
- f) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos Institucionales, los riesgos adicionales o cualquier actualización que sea determinada en el Comité o en el Órgano de Gobierno, según corresponda.

## CAPÍTULO II Etapas Mínimas de la Administración de Riesgos

**ARTÍCULO 35.** La metodología de Administración de Riesgos que adopten las Instituciones contendrá las etapas mínimas en el siguiente orden, registrándolas anualmente en una Matriz de Administración de Riesgos Institucional:

**I. EVALUACIÓN DE RIESGOS.**

**a)** Identificación, selección y descripción de riesgos. Se realizará con base en los objetivos y metas institucionales, lo cual constituirá el inventario de riesgos institucional.

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;

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

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

**c)** Clasificación de los riesgos. Se realizará en congruencia con la descripción del Riesgo que se determine, de acuerdo a la naturaleza de la Institución;

**d)** Identificación de factores de riesgo. Se describirán los factores que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose como parte de los insumos las causas que den origen, entre otros, a las observaciones determinadas recurrentemente por las instancias de fiscalización;

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

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

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

**f)** Identificación de los posibles efectos de los riesgos. Se describirán los impactos;

**g)** Valoración inicial del grado de impacto. La asignación se determinará con una escala de valor del 0 al 10, de acuerdo a lo establecido en la fracción IV de este artículo y en función de los efectos. La Institución establecerá un criterio específico para cada escala de valor, de acuerdo a la siguiente tabla:

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Institución y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar
9		

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

h) Valoración inicial de la probabilidad de ocurrencia. La asignación se determinará con una escala de valor del 0 al 10, de acuerdo a lo establecido en la fracción IV de este artículo y en función de los factores de riesgo. La Institución establecerá un criterio específico para cada escala de valor, considerando la frecuencia con la que se ha materializado el Riesgo en el pasado, de acuerdo a la siguiente tabla:

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

La valoración inicial del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia, 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 atenderlos adecuadamente.

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

## II. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

Se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Comprobar la existencia o no de controles para los factores de Riesgo y, en su caso, para sus efectos;
- b) Describir los controles existentes para administrar los factores de Riesgo y, en su caso, para sus efectos;
- c) Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo;
- d) Identificar en los controles la suficiencia (cuando esté documentado, autorizado y es efectivo) o la deficiencia (cuando no esté documentado, autorizado y es ineficaz);
- e) Determinar si el Riesgo está controlado suficientemente, cuando al menos todos sus factores cuentan con controles suficientes.

## III. VALORACIÓN FINAL DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

Se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Se dará valor final al impacto y probabilidad de ocurrencia del Riesgo con la confronta de los resultados de las etapas de evaluación de riesgos y de controles.
- b) La Institución establecerá los criterios necesarios para determinar la valoración final del impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo, así como su ubicación en el cuadrante correspondiente del Mapa de Riesgos Institucional, a partir de la suficiencia, deficiencia o inexistencia de los controles.

Para lo anterior, las Instituciones podrán considerar los criterios siguientes:

1. Los controles son suficientes. - La valoración del Riesgo pasa a una escala inferior. El desplazamiento depende de si el control incide en el impacto y/o la probabilidad.
2. Los controles son deficientes. - Se mantiene el resultado de la valoración del Riesgo antes de controles.
3. Inexistencia de controles. - Se mantiene el resultado de la valoración del Riesgo antes de controles.

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

## IV. MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

- a) Elaboración del Mapa de Riesgos Institucional. Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional 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 Institucional deberá contener los cuadrantes siguientes:

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

Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica. - Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 0 y hasta 5;

Cuadrante III. Riesgos Controlados. - Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 0 y hasta 5 de ambos ejes, y

Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento. - Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 0 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

## V. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

- a) Las estrategias constituirán las opciones para administrar los riesgos, basados en su valoración respecto a controles, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por factor.

Algunas de las estrategias que pueden considerarse independientemente, interrelacionadas o en su conjunto, son las siguientes:

1. **Evitar el riesgo.** - Se aplica antes de asumir cualquier riesgo. Se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas;
  2. **Reducir el riesgo.** - Se aplica preferentemente antes de optar por otras medidas más costosas y difíciles. 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 de controles;
  3. **Asumir el riesgo.** - Se aplica cuando el Riesgo se encuentra en el cuadrante III, 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 establecer acciones de contingencia, y
  4. **Transferir o compartir el riesgo.** - Implica la administración del Riesgo con un tercero que tenga la experiencia y especialización necesaria para asumirlo, esta estrategia cuenta con tres métodos:
    - **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.
    - **Aseguramiento:** Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.  
Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el Riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el Riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible.
    - **Diversificación:** Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia, la diversificación reduce la exposición al Riesgo de un activo individual.
- 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 Institucional.
- 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.

**ARTÍCULO 35 Bis:** En la identificación de riesgos de corrupción se podrá aplicar la metodología general de Administración de Riesgos del presente Título, tomando en consideración para las etapas que se enlistan los siguientes aspectos:

Comunicación y consulta

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

Contexto

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

**EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.**

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

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

### CAPÍTULO III

#### Seguimiento de Estrategias, Acciones y Análisis Comparativo de Riesgos

**ARTÍCULO 36.** Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR Institucional, el cual 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 Institucional, las cuales deberán identificar:
  1. Unidad Administrativa;
  2. Responsable de su implementación;
  3. Las fechas de inicio y término;
  4. Medios de verificación, y
  5. Porcentaje de avances.

**ARTÍCULO 37.** El Reporte de Avances Trimestral del PTAR contendrá al menos lo siguiente:

- I. Resumen de acciones comprometidas, cumplidas y en proceso, así como sus porcentajes de avance;
- II. Descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda;
- III. Resultados alcanzados en relación con los esperados.
- IV. Fecha de elaboración y firma del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos, y
- V. Fecha de autorización, nombre y firma del Titular de la Institución.

**ARTÍCULO 38.** Los Titulares de las Instituciones autorizarán con su firma autógrafa el PTAR, la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos Institucionales y los difundirán a los responsables de la administración de los riesgos a más tardar 3 días hábiles posteriores a su suscripción, e instruirán la implementación del PTAR.

**ARTÍCULO 39.** Los Titulares de las Instituciones presentarán Trimestralmente en las sesiones ordinarias del Comité la actualización del PTAR, la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos Institucionales.

**ARTÍCULO 40.** El Reporte de Avances de las acciones del PTAR institucional se realizará trimestralmente, el Titular de la Institución lo presentará al Comité en la sesión ordinaria que corresponda al trimestre reportado y contendrá al menos los requisitos establecidos en el artículo 37 de este Acuerdo.

**ARTÍCULO 41.** La evidencia documental y/o electrónica suficiente, competente, relevante y pertinente que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por los servidores públicos responsables de las acciones comprometidas en el PTAR institucional y estará a disposición de los órganos fiscalizadores u órgano interno de control, a través del Enlace de Administración de Riesgos.

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

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

**ARTÍCULO 42.** Se realizará un Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional del año inmediato anterior, y contendrá al menos lo siguiente:

- I. Comparativo del total de riesgos por cuadrante;
- II. Variación del total de riesgos por cuadrante;
- III. Riesgos identificados y cuantificados con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, así como los modificados en su conceptualización;
- IV. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos, de la Administración de Riesgos, y
- V. Fecha de autorización, nombre y firma del Titular de la Institución.

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, en su segunda sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

#### **TÍTULO CUARTO “FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL”**

##### **CAPÍTULO I Objetivos**

**ARTÍCULO 43.** Los Comités de Desempeño Institucional tendrán los siguientes objetivos:

- I. Contribuir al cumplimiento oportuno de los objetivos y metas institucionales con enfoque a resultados;
- II. Impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional, con el seguimiento permanente a la implementación del Modelo Estatal de Control Interno;
- III. Contribuir a la Administración de Riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata;
- IV. Impulsar la prevención de la materialización de riesgos, a efecto de evitar la recurrencia de las observaciones de órganos fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de las mismas;
- V. Promover el cumplimiento de programas de la Institución y temas transversales de la Secretaría;
- VI. Agregar valor a la gestión institucional con aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten;
- VII. 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, e
- VIII. 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.

## CAPÍTULO II Integración del Comité

**ARTÍCULO 44.** Las Instituciones constituirán un Comité que se integrará con los siguientes miembros propietarios:

- I. El Presidente: Titular de la Institución;
- II. El Vocal Ejecutivo: Titular del OIC;
- III. Vocales:
  - a) En las Dependencias:
    1. El Director de Asuntos Jurídicos o su equivalente.
  - b) En las Entidades:
    - b.1. Entidades Sectorizadas:
      1. Un representante de la Coordinadora Sectorial, y
    - b.2. Entidades No Sectorizadas:
      1. El responsable de coordinar las actividades de planeación, programación, presupuesto, ejercicio, control y evaluación, respecto del gasto público, y
  - c) En los órganos administrativos desconcentrados:
    1. El representante de la dependencia a la que estén adscritos.

Los representantes de la Coordinadora Sectorial en las Entidades y de la dependencia a la que están adscritos los órganos administrativos desconcentrados, no deberán tener un nivel jerárquico inferior al de Director.

El Presidente del Comité designará al Enlace de dicho Comité por mayoría de votos de los miembros propietarios integrantes y lo notificará a la Secretaría, dentro del mes inmediato posterior a la sesión de dicho Comité.

**ARTÍCULO 45.** Se podrán incorporar al Comité como:

- I. Invitados permanentes, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Control Interno Institucional;
- II. Invitados especiales: El comisario de la Entidad correspondiente o un representante de la Dirección General, y
- III. Otros invitados:
  - a) 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;
  - b) 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, y
  - c) En su caso, el auditor del despacho externo.

Los servidores públicos a que hacen referencia las fracciones I y II serán convocados invariablemente a las sesiones, mismos que determinarán de acuerdo a la naturaleza de los asuntos a tratar contenidos en el Orden del Día, los casos en que estime necesaria su asistencia, lo cual se hará del conocimiento del vocal ejecutivo, previo al inicio de la sesión.

Todos los invitados señalados en el presente artículo, participarán en el Comité con voz, pero sin voto.

**ARTÍCULO 46.** Los miembros propietarios podrán nombrar a sus respectivos suplentes de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquellos. Por excepción y previa justificación, las suplencias de los siguientes miembros del Comité, podrán realizarse como a continuación se indica:

- I. El Presidente, para Dependencias, por un funcionario de nivel jerárquico inmediato inferior;
- II. El Vocal Ejecutivo, por quien designe el Titular de la Secretaría de la Contraloría, y
- III. Los Vocales, por un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior.

Para fungir como suplentes, los servidores públicos deberán contar con:

- a) Conocimientos técnicos y experiencia necesaria para el desempeño de la responsabilidad;
- b) Facultades para tomar decisiones y adoptar acuerdos en las sesiones, y
- c) Acreditación por escrito dirigida al vocal ejecutivo de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta correspondiente.

Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a los propietarios.

**ARTÍCULO 47.** En el caso de Entidades con una estructura organizacional reducida, previa opinión de la Contraloría no se integrará el Comité, quedando la toma de acuerdos entre el Coordinador de Control Interno y el Titular de la Institución, para ser presentados en las sesiones ordinarias del Órgano de Gobierno los conceptos y asuntos del Orden del Día señalados en el artículo 62 de la presente Disposición, incluidos cuando proceda, sus actualizaciones.

### **CAPÍTULO III**

#### **Atribuciones del Comité y Funciones de los Miembros**

**ARTÍCULO 48.** El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Aprobar el Orden del Día;
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional, particularmente con respecto a:
  - a) El estado que guarda anualmente;
  - b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCl;
  - c) Las acciones de mejoras específicas que deban implementar las diferentes Unidades Administrativas distintas a las incluidas en el PTCl;
  - d) La atención de la causa raíz de las debilidades de Control Interno de mayor importancia, de las observaciones de alto impacto de órganos fiscalizadores y, en su caso, salvedades relevantes en la dictaminación de estados financieros;
  - e) La evaluación de la Contraloría a través de sus representantes y, en su caso, de otros órganos fiscalizadores, y
  - f) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia;
- III. Analizar y dar seguimiento, prioritariamente, a los riesgos de atención inmediata reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional y establecer acuerdos para fortalecer su administración;
- IV. Aprobar acuerdos para cumplir en tiempo y forma con las estrategias y acciones establecidas en el PTAR institucional, y para resolver la problemática que se presente en su cumplimiento;
- V. Conocer el comportamiento anual de los riesgos;
- VI. Tomar conocimiento, en su caso, del dictamen de estados financieros o presupuestales;
- VII. Dar seguimiento a los acuerdos o recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;
- VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
- IX. Ratificar las actas de las sesiones, y
- X. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

**ARTÍCULO 49.** Corresponderá a cualquiera de los miembros del Comité:

- I. Participar con voz y voto en las sesiones del Comité y proponer los asuntos a tratar en las mismas;

- II. Proponer, en el ámbito de su competencia, los acuerdos para la atención de los asuntos de las sesiones y cuando exista alguna problemática en el cumplimiento de los programas de la Institución y temas transversales de la Secretaría;
- III. Impulsar en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos o recomendaciones aprobados;
- IV. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o falta de atención de los asuntos;
- V. Proponer la participación de invitados externos a la APE;
- VI. Promover el cumplimiento de las presentes Disposiciones, y
- VII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

**ARTÍCULO 50.** El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Declarar el quórum y presidir las sesiones;
- II. Determinar, conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
- III. Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;
- IV. Vigilar que los acuerdos se cumplan en tiempo y forma;
- V. Proponer el calendario de sesiones ordinarias;
- VI. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias;
- VII. Autorizar la participación de invitados externos ajenos a la APE;
- VIII. 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, y
  - b) En el caso de los órganos administrativos desconcentrados, a 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.

**ARTÍCULO 51.** El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Participar con voz y voto en las sesiones;
- II. Determinar junto con el Presidente del Comité y el Coordinador de Control Interno los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y en su caso con otros invitados;
- III. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional;
- IV. Asesorar a los miembros para coadyuvar al mejor cumplimiento de los objetivos y metas institucionales;
- V. Verificar el cumplimiento de los acuerdos por parte de los responsables;
- VI. Comunicar al Presidente las Áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, y
- VII. Proponer al Comité la integración de grupos auxiliares de trabajo, para el análisis detallado de asuntos que así lo ameriten, siempre y cuando no dupliquen las funciones de los ya existentes.

**ARTÍCULO 52.** Son funciones de los invitados especiales respecto a las sesiones que asistan, las siguientes:

- a) Participar con voz en las sesiones del Comité;
- b) Promover la atención de los acuerdos a que se refiere la fracción VIII del artículo 50 de las presentes Disposiciones, ante el Órgano de Gobierno de las Entidades;
- c) Comunicar, en su caso, al Presidente y/o Vocal Ejecutivo las Áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, cuando en el desempeño de sus funciones así lo estime pertinente, y

Las funciones anteriores se entenderán conferidas en el marco de las presentes Disposiciones y serán complementarias a las señaladas en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Campeche, la Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Campeche y el Manual de Actuación de los Comisarios Públicos de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Campeche, según corresponda.

**ARTÍCULO 53.** Son funciones de los Vocales, las siguientes:

- I. Participar con voz y voto en las sesiones del Comité;
- II. Comunicar al Presidente y/o al Vocal Ejecutivo las Áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
- III. Verificar y analizar la carpeta de información de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos, y
- IV. Proponer al Comité la integración de grupos auxiliares de trabajo, para el análisis detallado de asuntos que así lo ameriten, siempre y cuando no dupliquen las funciones de los ya existentes.

**ARTÍCULO 54.** El Coordinador de Control Interno y el Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional, en apoyo al funcionamiento del Comité, tendrán las funciones siguientes:

- I. Coordinador de Control Interno:
  - a) Determinar, conjuntamente con el Presidente y el Vocal Ejecutivo, los asuntos a tratar en el orden del día de las sesiones del Comité y, en su caso, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
  - b) Solicitar al Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional la integración de la información que compete a las Unidades Administrativas de la Institución para la integración de la carpeta electrónica, y
  - c) Revisar y validar que la información institucional sea suficiente y relevante, y remitirla al enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional para la conformación de la carpeta electrónica, a más tardar 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.
- II. Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional:
  - a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y la Institución;
  - b) Solicitar a las Unidades Administrativas de la Institución la información para la integración de la carpeta electrónica, y
  - c) Remitir al Coordinador de Control Interno la información institucional consolidada, para su revisión y validación.

**ARTÍCULO 55.** Son funciones de los invitados permanentes, respecto a las sesiones que asistan, las siguientes:

- a) Solicitar a las Unidades Administrativas de la Institución la información para la integración de la carpeta de información;
- b) Verificar y analizar la carpeta de información de la sesión, emitir comentarios respecto de la misma y proponer acuerdos;
- c) Participar con voz en las sesiones;
- d) Proponer al Comité la integración de grupos auxiliares de trabajo, para el análisis detallado de asuntos que así lo ameriten, siempre y cuando no dupliquen las funciones de los ya existentes;
- e) Comunicar al Presidente y/o Vocal Ejecutivo las Áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, y
- f) Comunicar al Presidente y/o Vocal Ejecutivo las Áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité.

#### **CAPÍTULO IV** **De las Políticas de Operación**

**ARTÍCULO 56.** En el Comité se analizarán, prioritariamente aquéllos riesgos de atención inmediata de la Matriz de Administración de Riesgos Institucional, así como los determinados de conformidad con el artículo 48, fracción III del presente ordenamiento.

Asimismo, se podrán presentar en el Comité los asuntos relativos a programas, proyectos o asuntos de carácter estructural, que por su naturaleza requieran de un estrecho seguimiento en el mismo.

Se procurará que los asuntos que se presenten al Comité en sesión ordinaria, incluyan proporcionalmente, los relacionados con las revisiones efectuadas por las instancias fiscalizadoras y los relativos a la gestión institucional.

**ARTÍCULO 57.** El Comité celebrará cuatro sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de los asuntos.

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del trimestre posterior al que se reporta, y en el caso de las Entidades, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del Órgano de Gobierno.

Sección I.  
Calendario de sesiones.

**ARTÍCULO 58.** El Calendario de sesiones ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior.

**ARTÍCULO 59.** En el caso de que se modifique alguna fecha establecida en el calendario, el Vocal Ejecutivo, previa autorización del Presidente, informará a los miembros e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

Sección II.  
Convocatorias.

**ARTÍCULO 60.** La convocatoria se remitirá por el Vocal ejecutivo a los miembros, invitados permanentes y otros invitados señalando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión. Dicha convocatoria se acompañará del proyecto del orden del día y carpeta de información.

**ARTÍCULO 61.** La convocatoria se entregará al menos con 10 días hábiles de anticipación a la fecha de la sesión ordinaria, y con 2 días en el caso de las extraordinarias. Estos plazos deberán contarse a partir del día hábil siguiente a la notificación de la convocatoria.

Sección III.  
Orden del día.

**ARTÍCULO 62.** La propuesta del Orden del Día se adjuntará a la convocatoria e incluirá lo siguiente:

- I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;
- II. Aprobación del Orden del Día;
- III. Ratificación del acta de la sesión anterior;
- IV. Seguimiento de Acuerdos tomados por el Comité en sesiones previas y presentados al Órgano de Gobierno, sólo si hubiere incumplimientos importantes;
- V. Cédulas de situaciones críticas. - Que contendrán las problemáticas vinculadas con el cumplimiento del PTCI y de la Administración de Riesgos, así como del desempeño Institucional y de aquellos riesgos que proponga el Vocal Ejecutivo;
- VI. 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) Resultado de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidad; 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, y
  - b) Observaciones de instancias fiscalizadoras pendientes de solventar;
- VII. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:
- a) Informe Anual;
  - b) PTCI;
  - c) Informe de Resultados del Titular del OIC derivado de la evaluación del Informe Anual;
  - d) Alternativas de solución del Titular de la Institución a recomendaciones del OIC;
  - e) Reportes de avances trimestrales del PTCI e Informe de verificación del OIC, y
  - f) Recomendaciones de observaciones de alto Riesgo derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por instancias de fiscalización, y salvedades en la dictaminación de estados financieros;
- VIII. Seguimiento al proceso de Administración de Riesgos institucional:
- a) Matriz de Administración de Riesgos Institucional;
  - b) Mapa de Riesgos Institucional;
  - c) PTAR institucional;
  - d) Reportes de avances trimestrales del PTAR;
  - e) Riesgos determinados de conformidad con el artículo 35 de estas Disposiciones, y
  - f) Reporte anual del comportamiento de los riesgos;
- IX. Seguimiento al Desempeño Institucional:
- a) Cumplimiento de objetivos, metas e indicadores;
  - b) Cumplimiento de los programas de la Institución y temas transversales;
  - c) Comportamiento presupuestal y financiero, y
  - d) Pasivos laborales contingentes.
- X. Asuntos Generales (Se presentarán en su caso, sólo asuntos de carácter informativo), y
- XI. Revisión y ratificación de acuerdos adoptados en la reunión.

Sección IV.  
Desarrollo de las sesiones.

**ARTÍCULO 63.** 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 de la sesión y sus alternativas de solución.

Se entenderá por primera sesión ordinaria, la que se celebre posterior al cierre del primer trimestre del año; y la cuarta sesión ordinaria, se llevará a cabo en el primer trimestre del año siguiente.

**ARTÍCULO 64.** 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.

**ARTÍCULO 65.** El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participen el Presidente y el Vocal Ejecutivo o sus suplentes.

**ARTÍCULO 66.** Cuando no se reúna el quórum requerido, el Vocal Ejecutivo levantará constancia del hecho y a más tardar el día hábil siguiente, convocará a los miembros para realizar la sesión dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse.

Sección V.

De la carpeta electrónica de las sesiones.

**ARTÍCULO 67.** Para cada sesión se integrará una carpeta con información institucional y la presentada por el órgano interno de control del periodo trimestral correspondiente, relacionándola con los conceptos y asuntos del orden del día.

Se podrá incorporar información adicional, con fecha distinta al corte del cierre trimestral, cuando corresponda a asuntos emergentes.

Sección VI.

Acuerdos.

**ARTÍCULO 68.** Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de los miembros deberán contemplar, como mínimo, los siguientes requisitos:

- I. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Institución. Cuando la solución de un problema 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 les dé seguimiento hasta su atención;
- II. Precisar al, o los responsables, de su atención, y
- III. Fecha perentoria para su atención, 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.

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los miembros asistentes, en caso de empate el Presidente del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, el Vocal Ejecutivo dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

**ARTÍCULO 69.** En las Entidades y Órganos Administrativos Desconcentrados, el Comité determinará los acuerdos relevantes que el Presidente hará del conocimiento, según corresponda, del Órgano de Gobierno o de la dependencia a la que se encuentre adscrito el Órgano Administrativo Desconcentrado.

**ARTÍCULO 70.** El Vocal Ejecutivo remitirá los acuerdos a los responsables de su atención, a más tardar 5 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno.

**ARTÍCULO 71.** 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.

Sección VII.

De las actas.

**ARTÍCULO 72.** Por cada sesión del Comité se levantará un acta que será foliada y contendrá una síntesis del desarrollo de la misma, la cual no deberá ser una transcripción estenográfica de lo que se comente en la sesión, y en la cual se consignará, como mínimo lo siguiente:

- I. Nombres y cargos de los asistentes;
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- III. Acuerdos aprobados, y

- IV. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión y, cuando corresponda, de los invitados permanentes y especiales.

**ARTÍCULO 73.** El Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 8 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

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

**ARTÍCULO 74.** Con el propósito de armonizar y homologar las actividades que en materia de Control Interno realizan las Dependencias y Entidades, se identifican los siguientes procesos que se registrarán por las disposiciones legales y reglamentarias, así como por las presentes Disposiciones y el Manual:

- I. Aplicación del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno;
- II. Administración de Riesgos Institucionales, y
- III. Funcionamiento del Comité de Control y Desempeño Institucional.

**ARTÍCULO 75.-** La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la Secretaría de la Contraloría del Estado de Campeche.

**ARTÍCULO 76.-** 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 Secretaría de la Contraloría, para efectos de su actualización de resultar procedente.

**ARTÍCULO 77.-** Los Órganos Fiscalizadores de las Dependencias y Entidades de la APE, vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de Mejora Continua.

**ARTÍCULO 78.-** Se establece el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, al tenor de lo siguiente:

#### **MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**

##### **Procesos:**

##### **I. Aplicación del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno.**

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