



MANUAL DE CONTROL INTERNO PARA ENTES DE LA ADMINISTRACIÓN



HONESTIDAD

SECRETARÍA DE HONESTIDAD, TRANSPARENCIA
Y FUNCIÓN PÚBLICA

Versión: 07.24

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
MARCO JURÍDICO	6
OBJETIVO	7
ALCANCE	7
DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO	7
CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL INTERNO	7
OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	8
OBJETIVOS DE OPERACIÓN	8
OBJETIVOS DE INFORMACIÓN	8
OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO	9
OBJETIVOS DE SALVAGUARDA	9
NIVELES DE CONTROL INTERNO	9
NIVEL ESTRATÉGICO	10
NIVEL DIRECTIVO	10
NIVEL OPERATIVO	10
NORMAS GENERALES DEL CONTROL INTERNO	13
AMBIENTE DE CONTROL	15
PRINCIPIOS	15
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	15
PRINCIPIOS	15
PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	16
ACTIVIDADES DE CONTROL	27
PRINCIPIOS	27
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.	27
PRINCIPIOS	28
SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.	28
PRINCIPIOS	28
DIAGRAMA DE PROCESO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	30
DIAGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	31
INTEGRACIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO	32
ATRIBUCIONES DEL COMITÉ	32

POLÍTICAS DE OPERACIÓN	33
CALENDARIO DE SESIONES	33
CONVOCATORIAS	33
QUÓRUM LEGAL	36
SUPLENCIAS	36
ACTAS.....	36
ACUERDOS.....	37
REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS.....	37
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	37
INFORME ANUAL.....	38
PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO	39
ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO... 39	
REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL.....	39
ANEXOS.....	41
FICHAS TÉCNICAS PROGRAMA DE TRABAJO (PTCI).....	42
CRONOGRAMAS DE TRABAJO	43
REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL (OFICIO)	44
FORMATO DE REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL	45
INFORME ANUAL (OFICIO)	48
CRITERIOS DE SELECCIÓN (OFICIO)	53
FORMATO CRITERIOS DE SELECCIÓN	55
IDENTIFICACIÓN Y ANALISIS	56
EVALUACIÓN.....	56
TRATAMIENTO	57
MAPA DE RIESGOS	57

INTRODUCCIÓN

Con el objetivo de Mejorar la Gestión Pública Gubernamental en la Administración Pública Estatal, se pretende transformar el funcionamiento de sus dependencias y entidades a través de la mejora en la prestación de bienes y servicios a la población, el incremento en la eficiencia de su operación mediante la simplificación de sus procesos y normas, el mejor aprovechamiento de los recursos, la eficiencia de los procesos vinculados a las contrataciones que realiza el Estado; así como el incremento en el desempeño de las personas servidoras públicas.

El 16 de enero del 2016, se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, el Acuerdo General por el que se Establece el Sistema de Control Interno en la Administración Pública Estatal como parte de las acciones instrumentadas en el Estado de Oaxaca, para estandarizar bajo criterios de simplificación administrativa, las disposiciones, políticas o estrategias, acciones o criterios y los procedimientos internos que en materia de control interno, se deberán observar en el ámbito de la Administración Pública Estatal y se regula la implementación del modelo estándar de Control Interno, la metodología general de administración de riesgos y el funcionamiento del Comité de Control Interno, fortaleciendo la cultura del autocontrol y la autoevaluación, así como el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones como un medio para contribuir a lograr las metas y objetivos de cada institución.

Durante la quinta reunión plenaria del Sistema Nacional de Fiscalización celebrada en 2014, se publicó el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI), basado en el Marco COSO 2013, y posteriormente el 05 de agosto de 2017, se presentó una adaptación del mismo el cual lleva por nombre Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca (MEMICI) que funge como un modelo general para establecer, mantener y mejorar el Sistema de Control Interno Institucional, aportando distintos elementos para el cumplimiento de las categorías de objetivos institucionales (operación, información y cumplimiento). El cual se encuentra diseñado como un modelo de Control Interno que puede ser adoptado y adaptado por las instituciones de la Administración Pública Estatal.

Derivado de este supuesto, se revisó el marco normativo aplicable en materia de Control Interno a la Administración Pública Estatal, con objeto de identificar áreas de oportunidad e integrar las propuestas realizadas por las instituciones de la Administración Pública Estatal, originadas en un ejercicio de apertura y de consulta para redefinir el esquema de la evaluación del Control Interno, fortalecer el proceso de administración de riesgos y optimizar el relativo al Comité de Control Interno; así como lo adaptable del Marco Integrado de Control Interno, presentando las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el EXTRA del Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca el 06 de julio de 2023, donde dicho acuerdo se basa en la composición del Marco Integrado de Control Interno (MICI) emitido por el Sistema Nacional de Fiscalización y ya no por el Modelo Estatal, agrupando en un solo instrumento normativo la composición del Modelo Estándar de Control Interno y las disposiciones de carácter administrativo.

Contar con un Sistema de Control Interno efectivo en las Dependencias o Entidades de la administración pública estatal promueve la consecución de sus metas y objetivos, así como una eficiente administración de sus riesgos y su seguimiento a través de un Comité de Control Interno, constituido como un foro colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento al Control Interno, propiciando reducir la

probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad, asegurar el comportamiento ético de las personas servidoras públicas, considerar la integración de las tecnologías de información y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

Que, de conformidad con las mejores prácticas internacionales en materia de Control Interno, la implementación, mantenimiento y actualización del Sistema de Control Interno es responsabilidad de las personas servidoras públicas Titulares de las Dependencias o Entidades que conforman la administración pública estatal, quienes dan cumplimiento a los objetivos institucionales por medio de la administración así como del resto del personal, contando para tal fin, con la asesoría, apoyo y vigilancia de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública, a través de la Subsecretaría de Auditoría y Supervisión en Obra, por conducto de la Dirección de Control Interno de la Gestión Pública, para mantener el Sistema de Control Interno Institucional operando y en un proceso de evaluación, fortalecimiento y mejora continua.

La personas titulares de los entes públicos, así como, las demás personas servidoras públicas de las Dependencias y Entidades que integran la Administración Pública Estatal, tendrán la obligación de establecer, actualizar y mantener en operación su Sistema de Control Interno, tomando como referencia el Acuerdo por el que se expiden las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el EXTRA del Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca el 06 de julio de 2023, el cual, tiene como objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de los objetivos y metas de la Dependencia o Entidad, basándose en las categorías de operación, información, cumplimiento y salvaguarda.

MARCO JURÍDICO

- Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2005.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.

Última reforma publicada el 22 de marzo de 2024.

- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca

Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 04 de abril de 1922.

Última reforma publicada el 30 de diciembre de 2023.

- Reglamento Interno de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública.

Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 20 de mayo de 2024.

- Acuerdo por el que se expiden las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Publicado en el EXTRA del Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 06 de julio del 2023.

OBJETIVO

El objetivo general del presente manual es normar la implementación, actualización, supervisión, control y vigilancia del Sistema de Control Interno en el Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca. Precisar de manera puntual las obligaciones y disposiciones normativas, que deben cumplir las Dependencias y Entidades en la Administración Pública Estatal, para que generen una adecuada rendición de cuentas y transparencia de las responsabilidades adquiridas.

Dicho manual, se compone de tres capítulos, que abordan definiciones, elementos y niveles de Control Interno, el proceso de evaluación y autoevaluación del Sistema de Control Interno y el cumplimiento a la legislación aplicable que debe observar el Comité de Control Interno (COCOI) dentro de los organismos públicos del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado. Así como proporcionar los formatos para llevar a cabo las actividades de Control Interno.

ALCANCE

Este manual es de observancia obligatoria para las distintas Dependencias y Entidades que integran el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Oaxaca. Así mismo es responsabilidad de cada uno de ellos su conocimiento, aplicación e innovación. Está enfocado, al análisis e identificación de las actividades principales y más importantes que deben tomar en cuenta las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal en la implementación del Control Interno.

DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO

El proceso efectuado por la persona servidora pública titular, la Administración, en su caso el Órgano de Gobierno, y las demás personas servidoras públicas de una Dependencia o Entidad, 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.

Es un conjunto de procesos, mecanismos, recursos y elementos organizados y articulados, cuya aplicación específica está a cargo del órgano público, a nivel de planeación, organización de sus procesos de gestión, ejecución, dirección, evaluación, información y seguimiento, para alcanzar con mayor eficiencia los objetivos y metas institucionales, a través del logro de los objetivos siguientes:

- Confiabilidad de la información.
- Eficiencia y eficacia de las operaciones.
- Cumplimiento de las leyes, reglamentos y políticas establecidas.
- Control de los recursos, de todo tipo, a disposición de la entidad.

CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL INTERNO

- Es un proceso; es decir, un medio para lograr un fin y no un fin en sí mismo.
- Es una serie de acciones y procedimientos desarrollados que se realizan durante el desempeño de las operaciones de una Institución.
- Forma parte de los procesos básicos de la administración, planeación, ejecución y monitoreo.
- Incluye planes, métodos, programas, políticas y procedimientos, implementados para otorgar una seguridad razonable en el logro de la misión, los objetivos y metas institucionales.

- Cada Dependencia o Entidad debe formular objetivos de Control Interno de manera razonable para asegurar que sus objetivos institucionales contenidos en un Plan Estratégico sean alcanzados de manera eficaz, eficiente y económica.

El Control Interno será efectuado por la persona Titular y el resto del personal del órgano público; el máximo responsable del diseño del sistema es la persona Titular y no otra persona directiva de menor jerarquía. En ese sentido, son responsables de su implementación y supervisión todas las personas directivas de cualquiera de los niveles según la estructura orgánica que corresponda.

Por ello, es indispensable que todas las personas integrantes se sientan copartícipes del proceso, y conozcan y delimiten sus responsabilidades dentro de la implementación y funcionamiento del Sistema.

El Sistema de Control Interno proporciona una seguridad razonable para el logro de objetivos y metas institucionales. El término “razonable” reconoce que el Control Interno tiene limitaciones inherentes a los riesgos y amenazas del entorno y del contexto de la realidad del organismo público; por ello su actualización y mejora debe ser constante.

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Los objetivos de Control Interno deben establecerse para la Entidad como un conjunto en función de los objetivos generales de cada Dependencia o Entidad, sin embargo, deben clasificarse dentro de las siguientes categorías:

OBJETIVOS DE OPERACIÓN

Contribuyen a la definición de los procesos y operaciones de la Dependencia o Entidad, propician la claridad en la definición de las operaciones, su control y su trazabilidad, que permita a su vez, conocer cada una de las etapas del proceso, así como los actores que intervienen y sus niveles de responsabilidad. La base de estos objetivos consiste en la elaboración, actualización y publicación del Manual de Procedimientos y el Manual de Organización de la Institución.

La elaboración y formalización de ambos documentos contribuye a minimizar conflictos en las operaciones internas, delimita niveles de responsabilidad, contribuye a la división eficiente de las operaciones, aumenta la productividad individual y organizacional; además de establecer las bases para implantar otros sistemas organizacionales como la evaluación del desempeño, escalas salariales, desarrollo de carrera, entre otros.

OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

Contribuyen a que la información que se genera de los procesos cumpla con los requisitos necesarios para considerarse confiable, es decir, debe ser veraz, objetiva, verificable, oportuna y suficiente. La información es relevante cuando influye en la toma de decisiones y posibilita la predicción y confirmación en diferentes momentos de un mismo proceso, ya que, sin previo conocimiento del pasado, no es posible la proyección ni la confirmación de las estimaciones. La información confiable agiliza las operaciones y mejora la gestión interna de una institución.

El valor real de la información depende de cómo es gestionada, del tiempo que se emplea en procesarla y traducirla, y de en qué medida se utiliza eficientemente. El verdadero reto es saber distinguir entre toda la información disponible; qué información en realidad es útil, veraz y confiable para así facilitar y mejorar la toma de decisiones, generar una buena comunicación interna y externa y un mejor rendimiento de la institución.

OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO

En el marco del Sistema Nacional Anticorrupción, todos los entes públicos están obligados a crear y mantener condiciones estructurales y normativas que permitan el adecuado funcionamiento del Estado en su conjunto, y la actuación ética y responsable de cada persona servidora pública, por ello es necesario impulsar, fomentar y difundir las acciones que aseguren el comportamiento y actuación de los servidores públicos en la Administración Pública Estatal, con la finalidad de regir su conducta en las Dependencias, Entidades y Órganos Auxiliares.

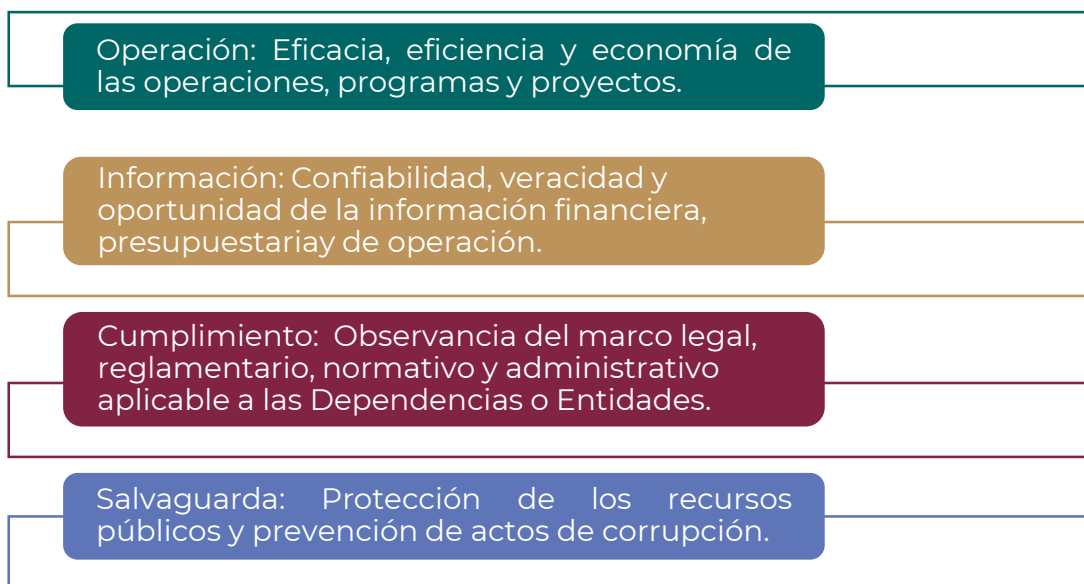
Los objetivos de cumplimiento contribuyen al desempeño de las personas servidoras públicas conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, y propician el conocimiento y cumplimiento de las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones.

OBJETIVOS DE SALVAGUARDA

Contribuyen al actuar de las personas servidoras públicas en el marco de los principios rectores del Sistema Nacional Anticorrupción, es decir, con legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, eficacia, equidad, transparencia, economía, integridad y competencia por mérito. Con el objetivo de propiciar la prevención de hechos de corrupción y la salvaguarda de los recursos públicos.

NIVELES DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno de la Administración Pública Estatal se divide en tres niveles para efectos de su implementación y actualización:





NIVEL ESTRATÉGICO

Tiene como propósito el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales, y corresponde a las personas servidoras públicas que se encuentren en el primer y segundo nivel jerárquico.

NIVEL DIRECTIVO

Tiene como finalidad conducir adecuadamente la operación de los procesos y programas, así como asegurar el cumplimiento de las Normas Generales de Control Interno, y corresponde a las personas servidoras públicas que se encuentren en el tercer y cuarto nivel jerárquico.

NIVEL OPERATIVO

Tiene como objetivo que las acciones y tareas requeridas en los distintos procesos se ejecuten de manera efectiva, por lo que debe asegurar el cumplimiento de las Normas Generales de Control Interno. Este nivel corresponde a las personas servidoras públicas que se encuentren en el quinto nivel y subsecuentes de acuerdo con el organigrama de la institución.

Nivel de Control Interno	Nivel jerárquico responsable	Norma General de Control Interno	Funciones
Estratégico	Director General y Sub-Director General	Ambiente de Control	Verificar que la misión, visión y metas estén plasmadas en el Plan Estratégico.
			Hacer del conocimiento de todo el personal la misión, visión y metas institucionales.
			Difundir el código de ética.
			Diseñar y establecer controles en apego al código de ética.
			Promover e impulsar la capacitación y sensibilización de la cultura de autocontrol y administración de riesgos.

			<p>Planear de manera estratégica un proceso de control interno.</p> <p>Actualizar y difundir las políticas de operación de la dependencia.</p>
		Administración de riesgos	Realizar y actualizar los procesos de Administración de Riesgos.
		Actividades de control	Establecer los instrumentos y mecanismos que miden los avances y resultados del cumplimiento de objetivos y metas institucionales.
			Establecer los instrumentos y mecanismos para identificar y atender las causas de las observaciones emitidas por los entes fiscalizadores.
		Informar y comunicar	Contar con información periódica y relevante de los avances en la atención de los acuerdos y compromisos del Comité de Control Interno.
		Supervisión y mejora	Supervisar las operaciones y actividades de control para elevar su eficiencia y eficacia.
			Verificar y evaluar a los servidores públicos responsables de cada nivel de control interno.
			Atender de raíz las debilidades de control interno identificadas.
Nivel de Control Interno	Nivel jerárquico responsable	Norma General de Control Interno	Funciones
Directivo	Directores y Jefes de Unidad	Ambiente de Control	Definir la autoridad y responsabilidad de sus subordinados, segregar y delegar funciones, delimitar facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza transacciones.
			Establecer perfiles y descripciones de puestos.
			Establecer procesos para contratación, capacitación, desarrollo y evaluación del desempeño.

			<p>Identificar áreas de oportunidad, determinar acciones, dar seguimiento y evaluar resultados.</p> <p>Elaborar manuales de organización y procedimientos de acuerdo con el área en que se desempeñan, así como actualizarlos y publicarlos.</p>
		Actividades de control	<p>Verificar que las actividades relevantes y operaciones estén autorizadas por el servidor público facultado para ello.</p> <p>Definir claramente las actividades, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado para el ejercicio fiscal.</p> <p>Medir los avances y resultados del cumplimiento de objetivos del área a su cargo.</p> <p>Verificar que las actividades y servicios que brindan sean de calidad.</p>
		Informar y comunicar	<p>Verificar que la información que se genere en su área sea oportuna, suficiente y confiable.</p>
		Supervisión y mejora	<p>Supervisar de manera permanente las operaciones y actividades de control.</p> <p>Identificar las debilidades del control interno de manera prioritaria y darle atención y seguimiento.</p>
Nivel de Control Interno	Nivel jerárquico responsable	Norma General de Control Interno	Funciones
Operativo	Jefes de departamento y demás servidores públicos que se encuentren a partir del quinto nivel del organigrama	Ambiente de control	Identificar las debilidades del control interno de manera prioritaria y darle atención y seguimiento.
		Actividades de control	<p>Operar los mecanismos de control para las distintas actividades que realizan en su ámbito de competencia.</p> <p>Las operaciones relevantes deben ser registradas y soportadas con documentación clasificada, organizada y resguardada para su consulta y en cumplimiento a las leyes aplicables.</p>

		Las operaciones de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, serán soportadas con la documentación pertinente y suficiente, y aquellas con errores se corregirán con oportunidad.
		Acondicionar los espacios y medios necesarios para asegurar y salvaguardar los bienes, incluyendo el acceso restringido al efectivo, títulos de valor, inventarios, mobiliario y equipo u otros que puedan ser vulnerables al riesgo; así como su registro y verificación oportuna.
		Operar controles para garantizar que los servicios que brindan sean de calidad.
		Asegurar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información electrónica de forma oportuna y confiable.
		Contar con programas de seguridad, adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas informáticos.
		Establecer procedimientos de respaldo y recuperación de información, datos, imágenes, voz y video de servidores y programas de trabajo que ejecuten los operadores.
		Establecer procesos de seguridad de acceso a personal autorizado, que comprenda registros de altas, actualización y bajas de usuarios.
	Información y comunicación	La información que genere y registre en el ámbito de su competencia, debe ser oportuna, confiable, suficiente y pertinente.

Independientemente del nivel jerárquico, dentro del sistema de control interno, todas las personas servidoras públicas son responsables de:

- Establecerlo y mantenerlo actualizado
- Supervisar y autoevaluar periódicamente su funcionamiento
- Proponer acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas
- Informar a su superior inmediato las debilidades de control interno detectadas, conjuntamente con la propuesta de las acciones de mejora correspondientes.

NORMAS GENERALES DEL CONTROL INTERNO

Las normas generales del control interno representan el nivel más alto en la jerarquía del MICI. Las cuales deben ser diseñadas e implementadas adecuadamente y deben operar en conjunto y de manera sistémica, para que el control interno sea apropiado.



Las cinco Normas Generales del control interno están interrelacionadas, y derivan de la forma cómo la administración gestione las operaciones, pues están integradas a los procesos administrativos y se relacionan con las oportunidades, fortalezas, amenazas y debilidades particulares de la realidad de la Dependencia o Entidad.

Son muchos los beneficios que derivan de la implementación del Control Interno a través de sus Normas Generales y puntos de interés, por ejemplo:

- Mayor transparencia, eficacia y eficiencia en las operaciones sustantivas.
- Facilita y mejora la toma de decisiones bajo incertidumbre.
- Planeación y programación más eficiente de las operaciones y recursos disponibles para maximizar los resultados a obtener.
- Evaluación y control en las operaciones que propicia la mejora continua de la institución.
- Mejorar el clima organizacional y las condiciones de trabajo para el personal operativo.
- Contribuir al autocontrol y fortalecer la autoridad, así como el liderazgo.

Aunque existen diferentes maneras de representar al control interno, el MICI lo define como una estructura jerárquica de 5 normas generales, 17 principios y diversos elementos de control relevantes:



AMBIENTE DE CONTROL

Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un sistema de control interno eficaz e influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control. Para la aplicación de esta norma, la persona servidora pública titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán establecer y mantener un ambiente de control en toda la Dependencia o Entidad, que implique una actitud de respaldo hacia el control interno, así como vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de principios y elementos de control.

PRINCIPIOS

El ambiente de control se basa en cinco principios:

Principio 1. 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 actos contrarios a la integridad y en lo particular con lo dispuesto en la normatividad aplicable en materia de Ética e Integridad Pública.

Principio 2. Ejercer la responsabilidad y vigilancia del funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que se establezcan para tal efecto.

Principio 3. Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservar la integridad, prevenir la corrupción y rendir cuentas de los resultados alcanzados.

Principio 4. Demostrar compromiso con la competencia profesional, estableciendo los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes.

Principio 5. Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas, evaluando el desempeño del control interno en la Dependencia o Entidad y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en la materia.

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/procedimientos por los cuales se logra el mandato de la Dependencia o Entidad, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas.

Para la aplicación de esta norma, la persona servidora pública Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de principios y elementos de control.

PRINCIPIOS

La administración de riesgos se basa en cuatro principios:

Principio 6. Definir Metas y Objetivos institucionales, se deben definir claramente las metas y objetivos, a través de un plan estratégico que, de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación al Plan Estatal de Desarrollo y a los Planes Estratégicos Sectoriales, Regionales, Microrregionales, Institucionales y/o Especiales.

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

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

Principio 9. Identificar, analizar y responder al cambio, la Administración, identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el control interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y/o surgir nuevos riesgos.

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

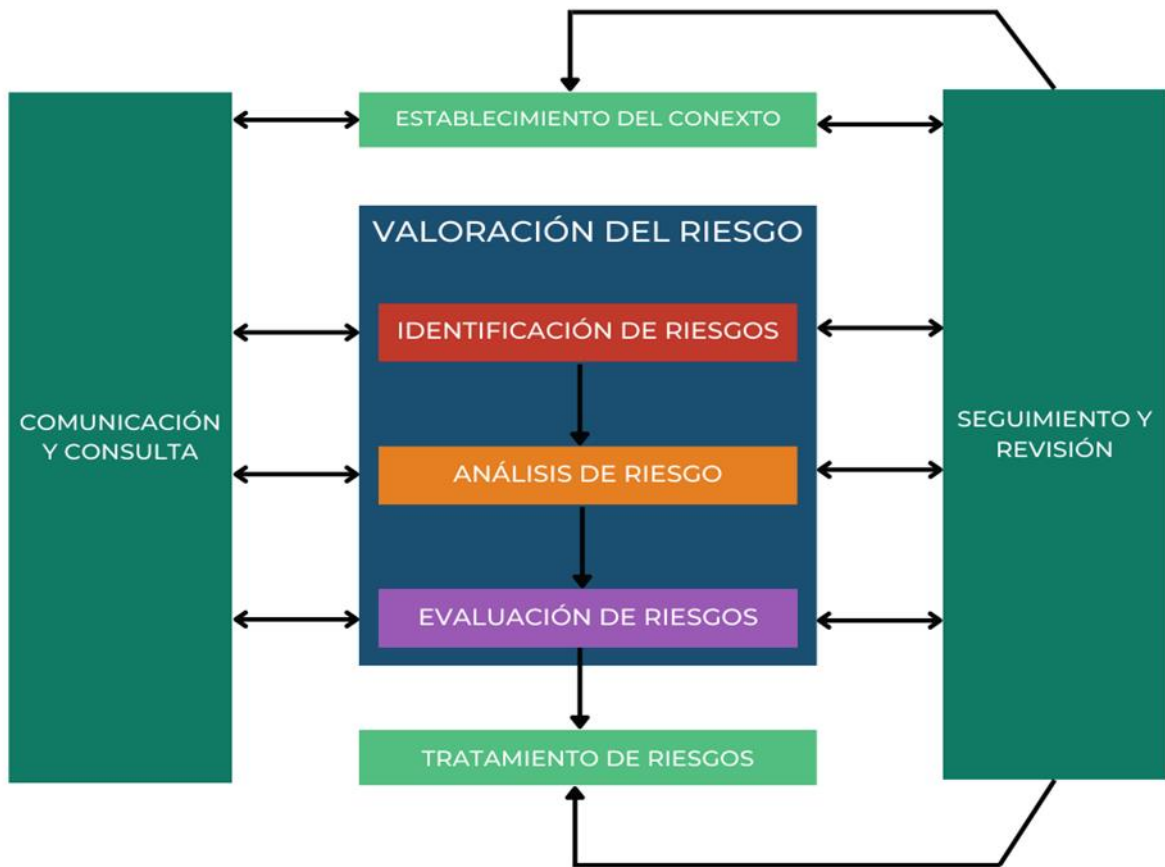
La identificación y análisis de riesgos es parte importante para el logro de los objetivos, y la base para determinar la forma en que tales riesgos deben ser atendidos. Así mismo, se refiere a los mecanismos necesarios para identificar y manejar riesgos específicos asociados con los cambios, tanto los que influyen en el entorno de la Dependencia o Entidad como en su interior.

En toda entidad, es indispensable el establecimiento de objetivos tanto globales de la organización como de actividades relevantes, obteniendo con ello una base sobre la cual sean identificados y analizados los factores de riesgo que amenazan su oportuno cumplimiento. Estos objetivos se encuentran definidos en planes estratégicos y programas de trabajo, que permiten fijar estrategias y objetivos que representan la orientación básica de todos los recursos y esfuerzos, además de proporcionar una base sólida para un control interno efectivo. La fijación de objetivos es el camino adecuado para identificar factores críticos de éxito.

La Administración de Riesgos debe ser una responsabilidad ineludible para todos los niveles que están involucrados en el logro de los objetivos. Esta actividad de autoevaluación debe ser revisada por personal especializado para asegurar que tanto el objetivo, enfoque, alcance y procedimiento han sido apropiadamente llevados a cabo.

Toda entidad enfrenta una variedad de riesgos provenientes de fuentes externas e internas que deben ser evaluados por la Administración, quien, a su vez, establece objetivos generales y específicos e identifica y analiza los riesgos de que dichos objetivos no se logren o afecten su capacidad para salvaguardar sus bienes y recursos, entre otros.

Independientemente de su tamaño, estructura o naturaleza, todas las Dependencias y Entidades tienen riesgos.



Los riesgos se administran cuando se identifican, analizan y evalúan, se determina el tratamiento respectivo. Por lo tanto, la administración de riesgos es proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logran los objetivos de la institución.

El proceso de Administración de Riesgos se integra conforme a lo siguiente:



I. Comunicación y consulta.

Se realizará conforme a lo siguiente:

- Considerar el Plan Estratégico Institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Dependencia o Entidad como los procesos/procedimientos prioritarios (sustantivos y administrativos), así como, las personas actoras directamente involucradas en el proceso/procedimiento de administración de riesgos.
- Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento.
- Identificar los procesos/procedimientos susceptibles a riesgos de corrupción.

II. Establecimiento del contexto: Al establecer el contexto, se articulan los objetivos de la institución, se definen los parámetros internos y externos que deben tomarse en cuenta en la administración de riesgos y el ámbito de aplicación. Toda Dependencia y Entidad debe establecer su contexto interno y su contexto

externo.

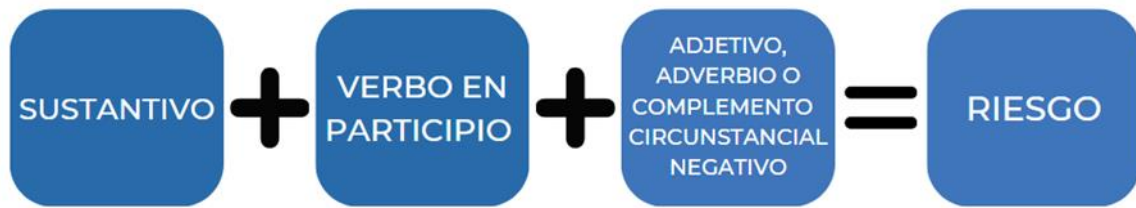
CONTEXTO EXTERNO	CONTEXTO INTERNO
<p>Es el entorno en que la Dependencia o Entidad, busca alcanzar sus objetivos. Es importante comprender el contexto externo para asegurarse que los objetivos e inquietudes de los grupos de interés estén considerados durante el proceso de administración de riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none">☀ Factores culturales, políticos, legales, regulatorios, financieros, económicos, ya sea internacionales, nacionales, regionales o locales.☀ Factores clave y las tendencias que tienen impacto sobre los objetivos de la organización.☀ Las percepciones y los valores de las partes interesadas externas. 	<p>Es el ambiente en el cual la Dependencia o Entidad busca alcanzar sus objetivos. El proceso de Administración de Riesgos debe estar alineado con la capacidad, recursos, procesos, estructura y estrategia.</p> <ul style="list-style-type: none">☀ Capacidad de la organización en términos de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.☀ Flujos de información y toma de decisión sobre procesos.☀ Normas, políticas y procedimientos vigentes.☀ La filosofía de la institución para alcanzar sus metas y objetivos. 

El análisis de los factores externos se lleva a cabo a partir del conocimiento de situaciones del entorno de la Dependencia o Entidad, tanto de carácter social, económico, cultural, de orden público, político, legal o tecnológico. En contraste el estudio de los factores internos parte del entendimiento actual de la Dependencia o Entidad, principalmente de la Norma General “Ambiente de control”, estructura organizacional, modelo operativo, cumplimiento de planes y programas, sistema de información, políticas, procedimientos y recursos financieros, entre los más relevantes.

- III. Evaluación de riesgos: Esta etapa consiste en la identificación, análisis y evaluación de los riesgos, se realizará con base en las metas y objetivos institucionales, y los procesos/procedimientos sustantivos por los cuales se logran éstos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucional.

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

Para la descripción de los riesgos se deberá considerar la siguiente estructura general:



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

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

V. Clasificación de los riesgos: El objetivo de esta etapa es generar una lista exhaustiva de los riesgos basada en aquellos acontecimientos internos y externos que puedan afectar el logro de los objetivos, para posteriormente centrar la atención en aquellos que se consideren relevantes e importantes para la entidad, los cuales pueden ser abordados mediante la identificación de factores asociados a su causa y efecto.

Para la identificación de riesgos es necesario disponer de información relevante y actualizada, así como antecedentes que proporcionen primordialmente datos cuantitativos y/o información cualitativa.

Existen algunas técnicas para identificar los riesgos en las instituciones tales como:

- Talleres de autoevaluación: Consisten en reuniones de servidores públicos de diferentes niveles jerárquicos que desempeñen actividades clave en la institución; con el objetivo de identificar los riesgos, analizar y evaluar su posible impacto en el cumplimiento de los objetivos y proponer acciones para su mitigación.
- Mapeo de procesos: Esta técnica consiste en revisar el diagrama del proceso operativo e identificar los puntos críticos que podrían implicar un riesgo. Para efectuarlo es necesario que se encuentren documentados todos los procesos de la institución.
- Análisis del entorno: Consiste en la revisión de cambios en el marco legal, entorno económico o cualquier factor externo que podría amenazar el cumplimiento de los objetivos.
- Lluvia de ideas: Se trata de una técnica grupal en la que participan actores de diferentes niveles jerárquicos para generar ideas relacionadas con los riesgos, causas, eventos o impactos que pueden poner en peligro el logro de los objetivos.
- Entrevistas: Éstas consisten en realizar una serie de preguntas relacionadas con los eventos que amenazan el logro de los objetivos. Se aplican a servidores

públicos de diferentes niveles jerárquicos de una o varias unidades administrativas.

- Análisis de indicadores de gestión, desempeño y riesgos: Deberán establecerse con anterioridad y evaluar sus desviaciones, es decir, que su comportamiento está por encima o debajo del rango normal, esto debe analizarse para determinar si esa desviación se debe a algún riesgo materializado o su comportamiento anormal tiene alguna explicación diferente a un riesgo.
- Cuestionarios: Consisten en una serie de preguntas enfocadas a detectar las preocupaciones de los servidores públicos de mandos superiores, medios u operativos sobre riesgos que se perciben en las actividades que desempeñan.
- Análisis comparativos: Comprenden el análisis entre instituciones que desarrollan actividades similares, con el fin de identificar riesgos que podrían afectar a la institución.
- Registro de riesgos materializados: Consisten bases de datos con los riesgos materializados en el pasado en la institución. Estos registros deben contener la descripción del evento, fecha, monto de pérdida, si se llevó a cabo alguna recuperación y qué control se estableció para mitigar el riesgo y que cierta situación vuelva a repetirse.

Es preciso clasificar los riesgos de acuerdo con su tipología, con el fin de comprender las causas e impacto que dichos riesgos pueden tener en caso de materializarse.

La clasificación de los riesgos puede hacerse considerando al menos alguna de las siguientes categorías.

- Estratégico: Se asocia a los asuntos relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
 - Financiero: Se relaciona con los recursos económicos de la institución, principalmente de la eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos.
 - Operativo: Este rubro considera los riesgos relacionados con fallas en los procesos, en los sistemas o en la estructura de la institución.
 - Legal: Afecta la capacidad de la institución para dar cumplimiento a la legislación y obligaciones contractuales.
 - Tecnológico: Se relaciona con la capacidad de la institución para que las herramientas tecnológicas soporten el logro de los objetivos estratégicos.
 - A la integridad: Son aquellas situaciones o eventos que, en caso de materializarse, impactarían en mayor o menor medida al entorno de valores y principios éticos de la institución.
 - A la reputación o imagen: Se refleja en un impacto de la materialización de cualquier tipo de riesgo, pues podría implicar presencia en cualquiera de las categorías de riesgo descritas anteriormente.
- VI. Identificación de factores de riesgo: Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:
- Humano: Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos/procedimientos, 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.

VII. Tipo de factor del riesgo:

- 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.

VIII. Análisis de los riesgos: Implica desarrollar la comprensión de los riesgos identificados y proporciona un insumo tanto para la evaluación como para la toma de decisiones acerca de si los riesgos necesitan ser objeto de tratamiento, y sobre las estrategias y métodos más adecuados para tal propósito.

El análisis de riesgos debe considerar:

- La causa del riesgo, así como su efecto. - Un riesgo puede provenir de una o más causas y puede tener múltiples efectos que pueden impactar en uno o varios objetivos institucionales.
- Clasificación del efecto. - Los efectos pueden clasificarse de forma no limitativa de acuerdo con su repercusión en: Imagen institucional, seguridad del personal, operacionales, económicos, operacionales / económicos y operacionales / imagen institucional.
- La identificación y revisión de los controles existentes, evaluando su eficacia y eficiencia.

Una vez que se ha determinado que procesos son los más vulnerables, deberá revisarse cada una de las actividades para determinar a qué riesgos específicos se encuentran expuestos. Para identificar los riesgos se debe uno realizar la pregunta: ¿Qué podría salir mal?

Se deberán registrar todos los riesgos que se detecten, para que posteriormente se analice cuáles de estos deben considerarse, ya que deberá darse prioridad a los más significativos.

Durante el desarrollo de esta etapa se debe dar prioridad a los procesos críticos y los más relevantes.

La Matriz de Administración de Riesgos permite a los Entes de la Administración Pública Estatal llevar un registro de los riesgos, lo que permitirá llevar una adecuada administración de riesgos.

El análisis de riesgos implica desarrollar la comprensión de este, proporciona un insumo para su evaluación y para las decisiones acerca de si los riesgos necesitan ser tratados, y sobre las estrategias y métodos más adecuados para tal efecto.

El análisis de riesgos involucra la consideración de las causas y los efectos que pudieran existir en caso de que se materializaran. Por lo tanto, las actividades necesarias para llevar a cabo el análisis son las siguientes:

Se sugiere estructurar los riesgos identificados conforme a la sintaxis propuesta.

RIESGO = CAUSA + EFECTO

Entendiéndose por:

Causa: Aquella variable, acontecimiento, circunstancia, característica o combinación de éstas, que da origen al riesgo y que obstaculiza que se obtenga el resultado esperado.

Efecto: es una desviación o consecuencia negativa de lo esperado.

Es común, que al momento de analizar y estructurar los riesgos que resultaron de la lluvia de ideas, se identifique que algunos de estos se convierten en causas y/o efectos de uno o varios riesgos.

Al relacionar los riesgos con sus causas y efectos en la Matriz de Administración de Riesgos se tienen los elementos para continuar con la evaluación del riesgo e identificar sus causas y efectos no considerados durante la fase de identificación. Estos deberán incorporarse en la Matriz de Administración de Riesgos.

Esta fase consiste en asignar la categoría del efecto asociado al riesgo, la Matriz de Administración de Riesgos muestra una lista desplegable de clasificaciones de efectos en las que se incluye de forma enunciativa más no limitativa las siguientes:

- Imagen institucional.
- Seguridad del personal.
- Operacionales.
- Económicos.
- Operacionales / Económicos.
- Operacionales / Imagen Institucional.

Identificar controles existentes: Consiste en identificar los controles existentes o aplicables al proceso, proyecto, procedimiento o servicio, considerando sólo los que están formalizados, es decir, los que el personal conoce y aplica. Es importante evaluar la efectividad del control identificado ya que esto permite evaluar con mayor objetividad la posibilidad e impacto del riesgo.

El control se implementa para verificar si todo ocurre de conformidad con las instrucciones emitidas y con los principios establecidos, y tiene como objetivo señalar las debilidades y errores existentes a fin de rectificarlos e impedir que se produzcan nuevamente.

Dado que no existe una metodología que permita evaluar la efectividad de los controles, se recomienda considerar los siguientes elementos:

Operación del control: Se refiere a verificar que el control esté operando tal y como fue diseñado y si la persona que lo realiza posee la autoridad y competencia requerida para asegurar la efectividad en la operación del control.

- Cobertura del control: Esta variable hace referencia a la forma como se procesa y registra la información:
- Totalidad: Se busca que el control identifique que la información, datos, transacciones, etc. se encuentren registrados en su totalidad.
- Acceso restringido: Deben existir niveles de autorización para acceder a la información; en caso de los sistemas, se deben asignar perfiles de ingreso.
- Frecuencia del control: Se podrá considerar un nivel óptimo, si el control se realiza cada vez que se ejecuta el proceso, procedimiento o actividad; moderado, si el control se realiza con periodicidad (una vez por semana, cada quince días o cada mes).

Grado de madurez del control: Que representa el avance en su implementación y su desempeño. Mismo que puede categorizarse como:

- Poco confiable: El objetivo del control no es claro y se requisita sin justificación o antecedente alguno.
- Informal: El control ha sido diseñado e implementado, pero no está documentado adecuadamente. El control depende de la persona que lo ejecuta. No hay una capacitación formal o comunicación del control.
- Estandarizado: El control ha sido diseñado, implantado y está documentado. Sin embargo, las desviaciones del control no son detectadas.
- Monitoreado: Control estandarizado que se verifica periódicamente para su correcto diseño y operación, contiene reportes para el personal directivo. Se usan herramientas y automatización en un sentido limitado para el soporte del control.
- Óptimo: El control es monitoreado en tiempo real. Se utilizan herramientas y automatización en un sentido limitado para el soporte del control y permite realizar cambios oportunos al control si es necesario.

IX. Evaluación de los riesgos: consiste en determinar la posibilidad de ocurrencia del riesgo y la estimación de los efectos de su impacto. Su propósito es apoyar en la toma de decisiones, con base en los resultados del análisis de los riesgos, a fin de determinar cuáles de éstos necesitan tratamiento y la prioridad para su aplicación.

En esta fase del proceso, se valora la probabilidad de ocurrencia y el impacto que puede producir la materialización del riesgo.

La probabilidad de ocurrencia del riesgo esta puede ser medida con criterios de frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo, el número de veces en un tiempo determinado), o de factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado.

A continuación, se muestra la escala para la evaluación de la probabilidad de ocurrencia e impacto de los riesgos, considerando el número "10" como el valor de mayor jerarquía y "1" como el menor. Cabe mencionar que el orden de los criterios puede variar, dependiendo del mandato, naturaleza y circunstancias de cada institución.

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

Como consecuencia o impacto, se entienden los efectos negativos que puede ocasionar la materialización del riesgo a la institución.

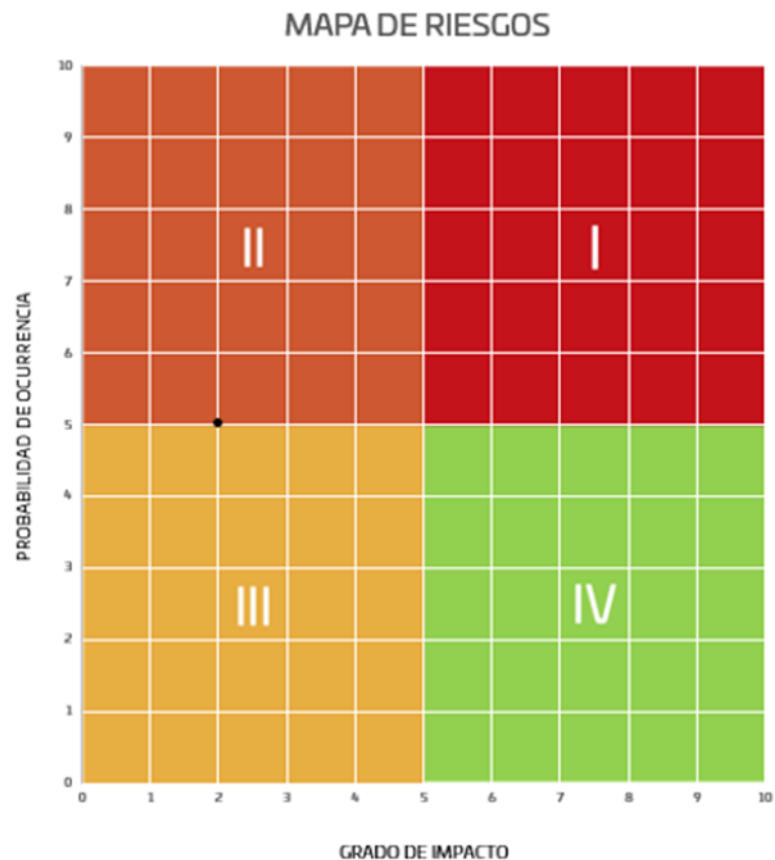
La valoración del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia deberá realizarse antes de la evaluación de controles (evaluación inicial), se determinará sin considerar los controles existentes para administrar los riesgos, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Dependencia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

Escala de Valor	Grado de impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Dependencia o Entidad y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos/procedimientos o servicios sustantivos de la Dependencia o Entidad.
9		
8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de las metas y objetivos institucionales. Además se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
7		
6	Moderado	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		

Esca la de Valor	Grado de impacto	Descripción
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 Dependencia o Entidad.
1		

Una vez realizada la valoración de la probabilidad de ocurrencia e impacto, es necesario priorizar los riesgos. Este proceso se realiza al ubicar en el mapa de riesgos los valores antes obtenidos, obteniendo así la magnitud del riesgo. Conforme a los criterios establecidos en la Matriz de Administración de Riesgos, el nivel de riesgo puede ser de atención inmediata, atención periódica, de seguimiento o controlados.

Cuadrante	Nivel de riesgo	Descripción	Escala	
			Grado de impacto	Probabilidad de ocurrencia
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.	6 al 10	6 al 10
II	Riesgos de atención periódica.	Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5.	1 al 5	6 al 10
III	Riesgos controlados.	Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes.	1 al 5	1 al 5
IV	Riesgos de seguimiento.	Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.	6 al 10	1 al 5



Una vez que se han identificado, evaluado y priorizado los riesgos, es necesario revisar las actividades de control existentes para mitigarlos, asimismo, es importante determinar los controles que se encuentran establecidos tanto en su operatividad como en su diseño; esta actividad es clave, pues la existencia de controles no efectivos es resultado de una gestión de riesgos nula.

- X. Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos: Conforme al nivel del riesgo obtenido, se determinará la forma en que se dará respuesta a cada uno de ellos. La respuesta al riesgo implica un proceso continuo de evaluación del tratamiento del riesgo, la eficacia y la necesidad de establecer un nuevo tratamiento.

Se considera pertinente acotar las posibles respuestas en función de las características de la Dependencia o Entidad, las particularidades de sus procesos y actividades, teniéndose las siguientes opciones:

- a) Evitar el riesgo: Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que, si una parte del proceso/procedimiento tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.
- b) Reducir el riesgo: Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procesos/procedimientos y la implementación o mejora de controles.
- c) Asumir el riesgo: Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III, Riesgos Controlados de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y

puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.

- d) Transferir el riesgo: Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios especializados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización.
- e) Compartir el riesgo: Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes Áreas administrativas de la Dependencia o Entidad, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

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 Dependencia o Entidad, en las diferentes etapas de sus procesos/procedimientos 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.

PRINCIPIOS

Las actividades de control están asociadas con tres principios:

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

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

Principio 12. Implementar Actividades de Control, La Administración debe poner en operación políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

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

La información que las personas servidoras públicas generan obtiene, 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 Dependencia o Entidad.

PRINCIPIOS

La información y comunicación se basa en tres principios:

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

Principio 14. Comunicar Internamente, la Administración es responsable de que las áreas administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.

Principio 15. Comunicar Externamente, la Administración es responsable de que las áreas administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante.

SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

Son las actividades establecidas y operadas por los responsables designados por la persona servidora pública titular de la Dependencia o Entidad, 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/procedimientos que realiza, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías realizadas por la Secretaría y por otras instancias fiscalizadoras, ya que proporcionan una supervisión adicional a nivel Dependencia o Entidad, división, área administrativa o función.

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

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

PRINCIPIOS

La supervisión y mejora está asociada con dos principios:

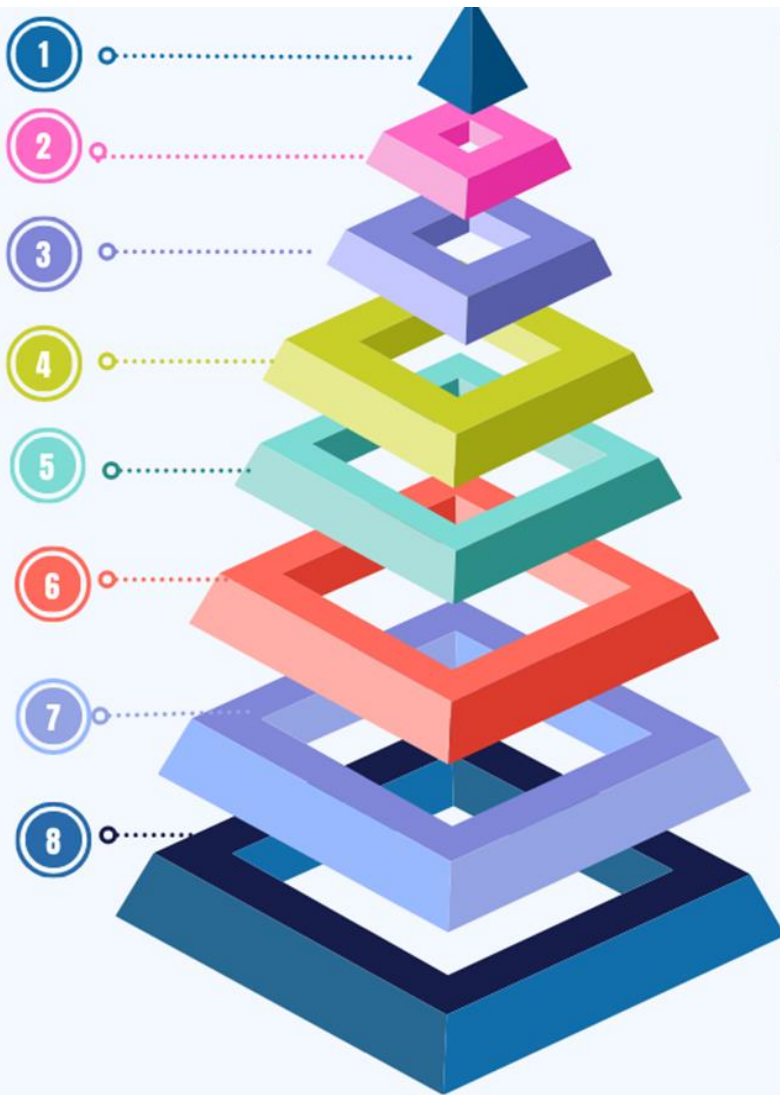
Principio 16. Realizar actividades de supervisión, la Administración implementará actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados, por lo que deberá realizar una comparación del estado que guarda, contra el diseño establecido por la Administración; efectuar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

Principio 17. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias, todas las personas servidoras públicas de la Dependencia o Entidad deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como la persona servidora pública titular, a la Administración y, en su caso, al Órgano de Gobierno, a través de las líneas de reporte establecidas; la Administración es responsable de corregir las deficiencias de control interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por los responsables. Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la Dependencia o Entidad.

DIAGRAMA DE PROCESO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO



DIAGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS



TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD Y COORDINADOR(A) DE CONTROL INTERNO

Acordar la metodología, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales alineados al proceso, y formalizar la metodología.

ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Informar y orientar sobre el establecimiento de la metodología, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales.

ÁREAS ADMINISTRATIVAS

Aplica y documenta la metodología, y remite la matriz con la propuesta de riesgos al enlace.

ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Revisa y analiza la información proporcionada, define con la persona coordinadora la Matriz y Mapa, así como el PTAR.

PERSONA TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

Firma Matriz, Mapa y PTAR.

COORDINADOR(A) DE CONTROL INTERNO

Difunde Matriz, Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR. Instruye a los responsables del cumplimiento de las acciones de control del PTAR.

ÁREAS ADMINISTRATIVAS

Instrumentan y cumplen las acciones de control comprometidas en el PTAR, informando los avances y resguardando la evidencia documental que genere.

ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Da seguimiento al PTAR, elabora RAT's y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, presenta a la persona Coordinadora para su revisión y firma.

INTEGRACIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO



ATRIBUCIONES DEL COMITÉ

- I. Aprobar el orden del día;
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:
 - a) El Informe Anual;
 - b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento;
 - c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados de la Secretaría a través de la Subsecretaría, por conducto de la Dirección derivado de la evaluación del Informe Anual, y
 - d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia.
- III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:
 - a) La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;
 - b) El Reporte de Avance Trimestral del PTAR;
 - c) El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y
 - d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por la Secretaría, o en su caso el OIC, o instancias externas de fiscalización.
- IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño institucional, particularmente con respecto a:
 - a) El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero;
 - b) La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los Planes Estratégicos Sectoriales, Institucionales y/o Especiales y de sus indicadores relacionados; y
 - c) La revisión del cumplimiento de los planes y programas, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.
- V. Aprobar acuerdos para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés por conductas contrarias a las establecidas en la

normatividad aplicable en materia de Ética e Integridad Pública, emitida por la Secretaría;

- VI. Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la Dependencia o Entidad, que elabore la persona servidora pública que funja como Vocal Ejecutivo de las Dependencias o Entidades, así como de la MIR de los programas presupuestarios responsabilidad de la Dependencia o Entidad, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan.
- VII. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma.
- VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
- IX. Ratificar las actas de las sesiones, y
- X. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

En el Comité se analizan los asuntos relacionados al Control Interno de la institución, este deberá celebrar 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 último mes del trimestre que se reporta. A fin de no interrumpir la continuidad de las labores, las sesiones del Comité se celebrarán preferentemente, al inicio de la jornada laboral.

CALENDARIO DE SESIONES

El calendario de sesiones ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior, en caso de modificación, la persona servidora pública que funja como Vocal Ejecutivo, previa autorización de la persona servidora pública que Preside el Comité, informará a las personas servidoras públicas que funjan como miembros y a las personas invitadas la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

PERIODO TRIMESTRAL	SESIÓN	FECHA
Enero- Febrero	1ª Ordinaria	Durante el mes de febrero
Abril-Mayo	2ª Ordinaria	Durante el mes de mayo
Julio- Agosto	3ª Ordinaria	Durante el mes de agosto
Octubre- noviembre	4ª Ordinaria	Durante el mes de noviembre

CONVOCATORIAS

La convocatoria y la propuesta del orden del día, deberá ser enviada por la persona servidora pública que funja como Vocal Ejecutivo a las personas servidoras públicas que funjan como miembros y a las personas invitadas, con cinco días hábiles de anticipación para sesiones ordinarias y de dos días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la disponibilidad de la carpeta electrónica correspondiente.

Las convocatorias se podrán generar por el Sistema Informático, confirmando su recepción mediante acuse de recibido.

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

- 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.
- V. Cédula de problemáticas o situaciones críticas.
- VI. Presentación del Reporte Anual del Análisis del Desempeño de las Dependencias o Entidades.
- VII. Desempeño institucional:
 - a) Programas Presupuestarios. Se deberán identificar e informar los programas presupuestarios que representen el 80% del presupuesto original de la Dependencia o Entidad y muestren variaciones superiores a 10 puntos porcentuales al comparar:
 1. El presupuesto ejercido contra el modificado.
 2. El cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.
 - b) Proyectos de Inversión Pública. El tema aplicará sólo a las Dependencias o Entidades que cuenten con presupuesto autorizado en este concepto y deberán identificar e informar los proyectos de inversión pública que presenten variaciones superiores a 10 puntos porcentuales, al comparar el avance acumulado:
 1. Del presupuesto ejercido contra el programado.
 2. Del físico alcanzado contra el programado.
 3. Del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.
 - c) Pasivos contingentes. Es necesario que, en su caso, se informe al Comité sobre el impacto en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales. Considerando que su materialización pudiera representar un riesgo financiero para la Dependencia o Entidad e incidir de manera importante en su flujo de efectivo y ejercicio presupuestal (incluir los pasivos laborales y los correspondientes a juicios jurídico-contenciosos). En su caso, señalar las estrategias procesales para su atención, su avance y su trámite correspondiente.
 - d) Plan Institucional de Tecnologías de Información. Informar, en su caso, de manera ejecutiva las dificultades o situaciones que causan problemas para su cumplimiento y las acciones de solución emprendidas, en el marco de lo establecido por la instancia normativa en la materia.
- VIII. Programas con Padrones de Beneficiarios.
 - a) Listado de programas de beneficiarios a registrarse en el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G), o en su caso,

- en el Sistema de Georreferenciación de la Política Social en Oaxaca (S-GPS), indicando el periodo de integración (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
- b) Informar el avance y, en su caso, los rezagos en la integración de los Padrones de Beneficiarios de los programas comprometidos al periodo, el número de beneficiarios y, cuando aplique, el monto total de los apoyos.
- IX. Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
- X. Seguimiento al establecimiento y actualización del SCII:
- a) Informe Anual, PTCI e Informe de Resultados que emita la Secretaría a través de la Subsecretaría, por conducto de la Dirección, derivado de la evaluación al Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
 - b) Reporte de Avance Trimestral del PTCI. Se deberá incluir el total de acciones de mejora concluidas y su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el SCII; así como las pendientes sin avance y el porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso.
 - c) Aspectos relevantes del Informe de Evaluación que emita la Secretaría a través de la Subsecretaría, por conducto de la Dirección, al Reporte de Avance Trimestral del PTCI.
- XI. Proceso de Administración de Riesgos Institucional.
- a) Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como, Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
 - b) Reporte de Avance Trimestral del PTAR. Se deberá incluir el total de acciones de control concluidas y su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el SCII y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance.
 - c) Aspectos relevantes del Informe de evaluación que emita la Secretaría a través de la Subsecretaría por conducto de la Dirección, al Reporte de Avance Trimestral del PTAR.
- XII. 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 Dependencia o Entidad existen debilidades o insuficiencias de control interno o actos contrarios a la integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión de la Dependencia o Entidad, por lo que sólo deberá presentarse:
- a) Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la Dependencia o Entidad y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a las personas servidoras públicas de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas.
 - b) La descripción de las observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras, identificando las causas que las originan y acciones para evitar que se continúen presentando, así como, aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses, ya que su falta

de atención y cumplimiento inciden mayormente en una eficiente gestión y adecuado desempeño institucional. A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus miembros o invitados, podrán solicitar se incorporen al orden del día, asuntos trascendentes para el desarrollo institucional.

XIII. Asuntos Generales.

XIV. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

XV. Clausura.

QUÓRUM LEGAL

El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de las personas servidoras públicas que funjan como miembros, siempre que participen la persona servidora pública que Preside el Comité o la persona servidora pública que lo supla y la persona servidora pública que funja como Vocal Ejecutivo o la persona servidora pública que lo supla.

Cuando no se reúna el quórum legal requerido, la persona servidora pública que funja como Vocal Ejecutivo levantará acta circunstanciada de los hechos y a más tardar el siguiente día hábil, convocará a las personas servidoras públicas que funjan como miembros, para realizar la sesión dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse.

SUPLENCIAS

Las personas servidoras públicas que funjan como miembros propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán solo en las ausencias justificadas de aquellos. Por excepción, las suplencias de las personas servidoras públicas que funjan como Vocales se podrán realizar hasta el nivel de subdirector o equivalente.

Para fungir como personas servidoras públicas suplentes, las personas servidoras públicas deberán contar con acreditación por escrito de la persona servidora pública que funja como miembro propietario, dirigida a la persona servidora pública que funja como Vocal Ejecutivo, explicando la causa de la ausencia a la sesión y marcando copia de conocimiento a la persona servidora pública Titular de la Secretaría, misma de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica correspondiente.

Las personas servidoras públicas que funjan como suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que correspondan a las personas servidoras públicos propietarias.

Ante la ausencia de la persona servidora pública que Preside el Comité, será obligación de la persona servidora pública que funja como Coordinador de Control Interno suplirle.

ACTAS

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

- I. Nombres y cargos de las personas servidoras públicas asistentes;
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- III. Acuerdos aprobados, y
- IV. Firma autógrafa de las personas servidoras públicas asistentes.

Las personas invitadas de la Dependencia o Entidad que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

ACUERDOS

Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de las personas servidoras públicas que funjan como miembros, deberán contemplar, como mínimo, los siguientes requisitos:

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

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de las personas servidoras públicas que funjan como miembros asistentes, en caso de empate, la persona servidora pública que Preside el Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, la persona servidora pública que funja como Vocal Ejecutivo dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS

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

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El SCII deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio por las personas servidoras públicas responsables de los procesos/procedimientos 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, sus 17 principios y elementos de Control, 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 Dependencia o Entidad conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

La Dependencia o Entidad determinará los procesos/procedimientos prioritarios (sustantivos y administrativos) para la evaluación del SCII, cuando éstos se encuentren debidamente mapeados y formalmente incorporados a su inventario de procesos/procedimientos. En ese sentido, los procesos/procedimientos 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/procedimiento prioritario (sustantivo y administrativo), utilizando alguno o varios de los siguientes criterios:

- 1 · Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Estatal de Desarrollo y Planes Estratégicos Sectoriales, Regionales, Microrregionales, Institucionales y/o Especiales.
- 2 · Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Dependencia o Entidad.
- 3 · Genera beneficios a la población (mayor rentabilidad social) o están relacionados con la entrega de subsidios.
- 4 · Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al ciudadano, en especial permisos, licencias y concesiones.
- 5 · Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.
- 6 · Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.
- 7 · Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.
- 8 · Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

INFORME ANUAL

El Informe Anual no deberá exceder de tres cuartillas y se integrará con los siguientes apartados:

- I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:
 - a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general;
 - b) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general;
 - c) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general, y
 - d) Debilidades o áreas de oportunidad en el SCII.
- II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el PTCI del ejercicio inmediato anterior, y,
- III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCI.

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

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO

El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SCII, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes, también deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de mejora, el Área administrativa y la persona servidora pública responsable de su implementación, así como los medios de verificación.

El PTCI deberá presentar la firma de autorización de la persona servidora pública titular de la Dependencia o Entidad, de revisión de la persona servidora pública que funja como Coordinador de Control Interno y de elaboración de la persona servidora pública que funja como Enlace del Sistema de Control Interno Institucional.

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

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

ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO

El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por la Secretaría a través de la Subsecretaría, por conducto de la Dirección, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCI original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Dependencia o Entidad.

El PTCI actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la segunda sesión ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento; por excepción, el PTCI podrá actualizarse posterior a la segunda sesión ordinaria del Comité con motivo de los resultados y/o recomendaciones que deriven de las visitas de inspección realizadas por la Dirección en el marco de sus atribuciones.

REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por la persona servidora pública que funja como Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente a la persona servidora pública titular de la Dependencia o Entidad el resultado, a través del Reporte de Avance Trimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

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

avance, así como las propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda;

- c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas, su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el SCII, y
- d) Firma de la persona servidora pública que funja como Coordinador de Control Interno y de la persona servidora pública que funja como Enlace del Sistema de Control Interno Institucional.



ANEXOS

FICHAS TÉCNICAS PROGRAMA DE TRABAJO (PTCI)

FICHA TÉCNICA UNO									
NORMA GENERAL DE CONTROL INTERNO A FORTALECER			1						
PRINCIPIO DE CONTROL INTERNO A FORTALECER			2						
PROYECTO			3						
OBJETIVO			4						
UNIDAD ADMINISTRATIVA LÍDER DEL PROYECTO					SERVIDOR PÚBLICO RESPONSABLE				
5					6				
ACTIVIDADES GENERALES DE MEJORA									
1.1		7 (ENFOCADAS A LOS ELEMENTOS DE CONTROL DEL PRINCIPIO A FORTALECER)							
(ENFOCADAS A LOS ELEMENTOS DE CONTROL DEL PRINCIPIO A FORTALECER)"									
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS Actividad general	Elemento de control interno	Acción específica	Programación		Meta	Unidad de medida	Indicador de Gestión	Evidencia	Participantes
			Fecha de Inicio	Fecha límite					
1.1	8	9	10	11	12	13	CRÍTICO ((0-7) 0%-49%	15	16
							CON RIESGO (8-14) 50%-99%		
							ACEPTABLE (15) 100%		
							CRÍTICO (0-272) 0%-49%		
							CON RIESGO (276-544) 50%-99%		
							ACEPTABLE (545) 100%		

1. Este rubro es la expresión más concreta que se propone alcanzar a través de las metas propuestas, mismas que deben expresarse en función de la Norma General de control interno que deberán reforzarse a través de actividades generales y específicas de mejora comprometidas
2. Hace referencia al principio de la Norma General que se deberá reforzar a través de actividades generales y específicas de mejora comprometidas. Cabe mencionar que las Disposiciones y el Manual Administrativo determinan 17 principios que se distribuyen en cada uno de las cinco Normas Generales. (Para mayor referencia, consultar la "Guía de elaboración del PTCI")
3. Hace referencia a la planificación de un conjunto de acciones que se van a llevar a cabo para conseguir un fin determinado.
4. El fin al que se desea llegar o la meta que se pretende lograr. Es lo que impulsa a tomar decisiones y perseguir sus aspiraciones.
5. Área que será responsable del proyecto.
6. Nombre completo de la persona servidora pública responsable de recabar y resguardar la información que se genere.
7. La actividad general abona a alcanzar el objetivo planteado a nivel principio, misma engloba en su definición el conjunto de pasos a desarrollar. Cada una deberá expresarse en función del principio de control que se fortalecerá con las actividades específicas para ese fin.
8. Las actividades específicas abonan a alcanzar el objetivo planteado por la actividad general. Cada una deberá expresarse en función del elemento de control que se fortalecerá con las actividades específicas para ese fin, tomando en consideración los resultados de autoevaluaciones al SCII. Cabe mencionar que las Disposiciones y el Manual Administrativo determinan los elementos de control distribuidos en cada una de las cinco Normas Generales del sistema.
9. Descripción de las actividades específicas a realizar para cumplir con una actividad general establecida.
10. Fecha programada para el inicio de la acción.
11. Fecha programada para el término de la acción.
12. Expresada en número, es el objetivo a cumplir dentro de la actividad que corresponda.
13. Es la magnitud determinada sobre la cual se medirán resultados, ej. Personas servidora públicas, firmas, acuses, reconocimientos.
14. "Corresponde a la expresión del avance en la ejecución de la acción específica en términos de semaforización a partir de la comparación de datos cuantitativos respecto de la meta establecida.
15. Para acciones con ""1"" meta, solamente existirán dos colores para el semáforo del indicador de gestión, siendo estos el rojo (que correspondería a un 0 o 0% de la meta alcanzada) y el verde (que correspondería al 1 o al 100% de la meta).
16. En cuanto a las acciones con ""2-N"" metas, existirán los tres colores del semáforo del indicador de gestión, siendo estos el rojo (que correspondería a un 0 o 0% de la meta alcanzada) el amarillo (que correspondería del 1-99% de la meta) y el verde (que correspondería al 100%

CRONOGRAMAS DE TRABAJO
PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO
CRONOGRAMA
(DEPENDENCIA O ENTIDAD)

Proyecto y actividades específicas	Área Responsable	Fecha límite	Duración	[AÑO]																														
				Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			
Programa de Trabajo de Control Interno																																		
Componente I.																																		
Proyecto 1.																																		
1.1.1.	2	3	4																															
1.1.2.																																		
1.1.3.																																		
1.2.1.																																		
1.3.1.																																		
Componente I.																																		
Proyecto 2.																																		
2.1.1.																																		
2.1.2.																																		
2.1.3.																																		
2.2.1.																																		
2.3.1.																																		
2.4.1.																																		
Componente I.																																		
Proyecto 3.																																		
3.1.1.																																		
3.1.2.																																		
3.1.3.																																		
3.1.4.																																		
Componente II.																																		
Proyecto 1.																																		
1.1.1.																																		
1.2.1.																																		
1.2. N																																		
Componente III.																																		
Proyecto 1.																																		
1.1.1.																																		
1.2.1.																																		
1.3.1.																																		
1.1. N																																		
Componente III.																																		
Proyecto 2.																																		
2.1.1.																																		
2.2.1.																																		
2.2.2.																																		

INSTRUCCIONES DE LLENADO

- 1 Se transcribe cada Norma General y principio respectivo determinado en las fichas técnicas.
- 2 Se establece el responsable de la actividad.
- 3 Fecha programada para la conclusión de la acción.
- 4 Se determina la duración de la acción en función de horas, días o semanas, según aplique.

Proyecto o actividad	Fecha inicio	Fecha límite	[AÑO]																														
			Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			
Programa de Trabajo de Control Interno																																	
Componente I.																																	
Proyecto 1.																																	
Proyecto 2.																																	
Proyecto 3.																																	
Proyecto N.																																	
Componente II.																																	
Proyecto 1.																																	
Proyecto N.																																	
Componente III.																																	
Proyecto 1.																																	
Proyecto 2.																																	
Proyecto N.																																	

REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL (OFICIO)

Lugar], Oax., [día] de [mes] de [año].

Oficio n°. [Folio]

Asunto: Se Remite el [primer/segundo/tercer/cuarto] Reporte de Avance Trimestral del PTCI.

L.C.P. Leticia Elsa Reyes López.

Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública.
PRESENTE.

Atn´ Lic. Jennifer Maritza Bautista López.

Directora de Control Interno de la Gestión Pública
de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública.

Con fundamento en lo estipulado en los Artículos 28 y 29 fracción I de las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el EXTRA del Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca el 06 de julio de 2023, hago propicia la ocasión para hacer llegar de manera formal el REPORTE DE AVANCE correspondiente al (PRIMER/SEGUNDO/TERCER/CUARTO) TRIMESTRE del Programa de Trabajo de Control Interno de (NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO), con el objetivo de brindar un seguimiento periódico y puntual a las acciones de mejora comprometidas para el presente ejercicio. En ese sentido, anexo remito CD con la evidencia correspondiente al avance reportado.

Sin más por el momento, envío a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E.

[NOMBRE COMPLETO]

Coordinador(a) de Control Interno
de [nombre del ente público que corresponda]

FORMATO DE REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL

REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO DE (DEPENDENCIA O ENTIDAD) SELECCIONAR # DE RAT TRIMESTRE

Al corte de: _____

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

No. Acciones de Mejora Comprometidas en el PTCI Original	No. Acciones de Mejora Comprometidas en el PTCI Actualizado
---	--

Trimestre	Situación de las Acciones de Mejora				
	Total de Acciones de Mejora	Concluidas	% de Cumplimiento *	En Proceso	Pendientes (Sin Avance)
Primero					
Segundo					
Acumulado al Segundo					
Tercero					
Acumulado al Tercero					
Cuarto					
Acumulado al Cuarto					

* Total de acciones de mejora concluidas entre el total de acciones de mejora comprometidas por cien (con un decimal).

ACCIONES DE MEJORA EN PROCESO AL TRIMESTRE REPORTADO:



- Descripción de las acciones de mejora “concluidas” al trimestre que se reporta:

No.	No. A.M.	Elemento de control	Descripción de la Acción de Mejora	Fecha real de cumplimiento	Evidencias
1					
2					
3					
4					
5					
Etc					

- Descripción de las acciones de mejora “en proceso” al trimestre que se reporta:

No.	No. A.M.	Elemento de control	Descripción de la Acción de Mejora	Fecha de cumplimiento	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre	Evidencias
1						
2						
3						
4						
5						
Etc.						

*** Es necesario remitir de manera anexa la evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances de las acciones reportadas concluidas y en proceso.**

b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y pendientes sin avance, así como las propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda:

No.	No. A.M.	Descripción de la Acción de Mejora	Problemáticas que obstaculizan	Propuesta de solución
1				
2				
3				
4				
Etc				

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

(T E X T O)

(F E C H A)

ATENTAMENTE

**Coordinador(a) de Control Interno de
[nombre del ente público]**

**Enlace del Sistema de Control Interno
Institucional de
[nombre del ente público]**

(Nombre, Cargo, Firma)

(Nombre, Cargo, Firma)

INFORME ANUAL (OFICIO)

[Lugar], Oax., [día] de [mes] de [año].

Oficio No. [Folio]

Asunto: Se Remite Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional (SCII).

L.C.P. Leticia Elsa Reyes López.

Secretaria de Honestidad, Transparencia y Función Pública.
PRESENTE.

Atn´ Lic. Jennifer Maritza Bautista López.

Directora de Control Interno de la Gestión Pública
de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública.

Con fundamento en los Artículos 23 fracción I, 24 y 26 de las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el EXTRA del Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca el 06 de julio de 2023, me permito presentar en anexo, el INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII) correspondiente al ejercicio 202X al interior del/la **Elija un elemento**.de la Administración Pública Estatal a mi cargo, así mismo se anexa, **PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO correspondiente al presente ejercicio** de manera física y en CD la evidencia que sustenta lo a continuación informado, misma que consta de los siguientes apartados:

- I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:
 - a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general;
 - b) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general;
 - c) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general, y
 - d) Debilidades o áreas de oportunidad en el SCII.
- II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el PTCI del ejercicio inmediato anterior, y,
- III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCI.

Así mismo, cabe mencionar que el presente informe refleja los aspectos más relevantes y las acciones llevadas a cabo por esta **[Dependencia o Entidad]** a mi cargo respecto a la implementación, al fortalecimiento y al seguimiento del Sistema de Control Interno Institucional.

Sin otro particular, envío a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E. **[NOMBRE COMPLETO]** [Titular del ente público que corresponda]

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

(DEPENDENCIA O ENTIDAD)

EJERCICIO 202X

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII.

Las Normas Generales de Control Interno representan el nivel más alto en la jerarquía del Marco, orientadas a promover una adecuada administración de los recursos públicos y a determinar el correcto funcionamiento administrativo de las entidades y organismos.

a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general:

Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII							
NORMA GENERAL	PROCESOS					PORCENTAJE	
	(ESCRIBIR NOMBRE DEL PROCESO)	(ESCRIBIR NOMBRE DEL PROCESO)	(ESCRIBIR NOMBRE DEL PROCESO)	(ESCRIBIR NOMBRE DEL PROCESO)	(ESCRIBIR NOMBRE DEL PROCESO)	PARCIAL	GENERAL
AMBIENTE DE CONTROL						0%	
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS						0%	
ACTIVIDADES DE CONTROL						0%	0%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN						0%	
SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA						0%	
TOTAL	0%	0%	0%	0%	0%		

La información corresponde a los resultados de la aplicación de la Cédula de Autoevaluación del Sistema de Control Interno a través de los 33 Elementos de Control.

(REMITIR ANEXO AL PRESENTE LOS RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN CON EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA DCIGP CON EVIDENCIA DOCUMENTAL Y/O ELECTRÓNICA ELEMENTOS DE CONTROL, SUFICIENTE PARA ACREDITAR SU EXISTENCIA, IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN, POR NORMA GENERAL)

b) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por Norma General:

Como resultado de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno a través de los 33 Elementos de Control se detectó la existencia y operación dentro de las Normas Generales del Sistema de Control Interno.

Elementos de Control con suficiencia en existencia y operación.					
NORMA GENERAL	PROCESOS				
	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)
Ambiente de Control	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)
Administración de Riesgos	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)
Actividades de Control	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)
Información y Comunicación	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)
Supervisión y Mejora Continua	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 31 al 33)

LA INFORMACIÓN CORRESPONDE A LOS ELEMENTOS DE CONTROL QUE OBTUVIERON UNA VALORACIÓN DE 3 O 4 PUNTOS.

c) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por Norma General:

Como resultado de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno a través de los 33 Elementos de Control se detectó la existencia y operación dentro de las Normas Generales del Sistema de Control Interno.

Elementos de Control con inexistencia e insuficiencia.					
NORMA GENERAL	PROCESOS				
	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)
Ambiente de Control	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 1 al 8)
Administración de Riesgos	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 9 al 12)
Actividades de Control	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 13 al 24)
Información y Comunicación	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda a los elementos identificados del 25 al 30)

Supervisión y Mejora Continua	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)
-------------------------------	--	--	--	--	--

LA INFORMACIÓN CORRESPONDE A LOS ELEMENTOS DE CONTROL QUE OBTUVIERON UNA VALORACIÓN DE 2 PUNTOS.

d) Debilidades o áreas de oportunidad en el SCII:

Elementos de Control con áreas de oportunidad					
NORMA GENERAL	PROCESOS				
	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)	(escribir nombre del proceso)
Ambiente de Control	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 1 al 8)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 1 al 8)
Administración de Riesgos	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 9 al 12)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 9 al 12)
Actividades de Control	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 13 al 24)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 13 al 24)
Información y Comunicación	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 25 al 30)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 25 al 30)
Supervisión y Mejora Continua	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)

LA INFORMACIÓN CORRESPONDE A LOS ELEMENTOS DE CONTROL QUE OBTUVIERON UNA VALORACIÓN DE 1 PUNTO.

I. Resultados relevantes alcanzados con la implementación del Programa de Trabajo de Control Interno:

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

Trimestre	Situación de las Acciones de Mejora				
	Total de Acciones de Mejora	Concluidas	% de Cumplimiento	En Proceso	Pendientes (Sin Avance)
Primero					
Segundo					

Acumulado al Segundo

Tercero

Acumulado al Tercero

Cuarto

Acumulado al Cuarto

* Total de acciones de mejora concluidas entre el total de acciones de mejora comprometidas por cien (con un decimal).

Descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y pendientes sin avance, con las propuestas de solución para consideración del Comité, según corresponda:

No.	No. A.M.	Descripción de la Acción de Mejora	Problemáticas que obstaculizan su cumplimiento	Propuesta de solución
1				
2				
3				
4				
5				
Etc.				

II. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCl.

Derivado del punto número 2 del presente informe surgen áreas de oportunidad a consecuencia de las debilidades detectadas, mismas que serán consideradas en el Programa de Trabajo para el presente ejercicio, así mismo, el que suscribe se compromete a cumplir en tiempo y forma con las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno aprobado conforme a lo estipulado en el Acuerdo por el que se expiden las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el EXTRA del Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca el 06 de julio de 2023, (REMITIR ANEXO AL PRESENTE EL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO PARA EL PRESENTE EJERCICIO).

No.	Sistema de Control Interno					
	Norma General	Total de acciones de mejora	Trimestre			
			1	2	3	4
1	Ambiente de Control					
2	Administración de Riesgos					
3	Actividades de Control					
4	Información y Comunicación					
5	Supervisión y Mejora Continua					

ATENTAMENTE.

[NOMBRE COMPLETO]

[Titular del ente público que corresponda]

CRITERIOS DE SELECCIÓN (OFICIO)

[Lugar], Oax., [día] de [mes] de [año].

Oficio No. [Folio]

Asunto: Se remite Matriz de criterios de selección de procesos prioritarios.

L.C.P. Leticia Elsa Reyes López.

Secretaria de Honestidad, Transparencia y Función Pública.

PRESENTE.

Atn ¨ Lic. Jennifer Maritza Bautista López.

Directora de Control Interno de la Gestión Pública
de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública.

Con fundamento en lo dispuesto por el por los Artículos 18 y 19 de las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el EXTRA del Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca el 06 de julio de 2023; y en el marco de las acciones instrumentadas para propiciar la supervisión y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional, sírvase hacer llegar de manera formal la MATRIZ DE CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL, con el objetivo de analizar y verificar la existencia y operación de los elementos de control en los procesos seleccionados y así, determinar e informar con oportunidad, el estado que guarda el Sistema de Control Interno al interior de (NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO) correspondiente al presente ejercicio fiscal en curso.

Sin más por el momento, envío a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E.

[NOMBRE COMPLETO]

Coordinador(a) de Control Interno

de [nombre del ente público que corresponda]

FORMATO CRITERIOS DE SELECCIÓN

MATRIZ DE CRITERIOS ADOPTADOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS PROCESOS/PROCEDIMIENTOS PRIORITARIOS PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Fecha de elaboración: Haga clic aquí para escribir una fecha.

DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS

Se podrá seleccionar cualquier proceso/procedimiento prioritario, utilizando alguno o varios de los siguientes criterios:

- I. Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Estatal de Desarrollo y Planes Estratégicos Sectoriales, Regionales, Microrregionales, Institucionales y/o Especiales.
- II. Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Dependencia o Entidad.
- III. Genera beneficios a la población, es decir, son de mayor rentabilidad social o están relacionados con la entrega de subsidios.
- IV. Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al ciudadano, en especial permisos, licencias y concesiones.
- V. Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.
- VI. Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.
- VII. Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.
- VIII. Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

Nombre del proceso/ procedimiento prioritario	Tipo		Área Administrativa Responsable (persona servidora pública)	Criterios de selección							
	Sustantivo	Administrativo		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Haga clic aquí para escribir texto.											
Haga clic aquí para escribir texto.											
Haga clic aquí para escribir texto.											
Haga clic aquí para escribir texto.											
Haga clic aquí para escribir texto.											

(LUGAR Y FECHA)

ATENTAMENTE

Titular de la
DEPENDENCIA

(Nombre, Cargo, Firma)



HONESTIDAD

SECRETARÍA DE HONESTIDAD, TRANSPARENCIA
Y FUNCIÓN PÚBLICA