



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

---

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE, 2015-2021

MTRA. LAURA LUNA GARCÍA, Secretaría de la Contraloría de la Administración Pública del Estado de Campeche, en ejercicio de las facultades que a la suscrita le confiere el artículo 24 fracción V de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Campeche, y el artículo 9 fracciones VI y X del Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría de la Administración Pública del Estado de Campeche, y

**CONSIDERANDO**

Que el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Campeche, busca asegurar un manejo eficiente, responsable, honesto y transparente de las finanzas públicas estatales para darle viabilidad al proyecto de desarrollo del estado, estar de acorde a la realidad política y a su entorno socioeconómico y tener la capacidad de transformarse de manera continua para resolver los retos que impone la Nueva Gestión Pública basada en un gobierno de resultados; para hacer realidad los compromisos de gobierno es necesaria una administración pública eficaz y de calidad que responda a las expectativas de la sociedad, que simplifique la normatividad y trámites gubernamentales, rinda cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía, que optimice el uso de los recursos públicos, y que utilice las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

En este contexto con el objetivo de Mejorar la Gestión Pública Gubernamental en la Administración Pública Estatal (APE), se busca 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 los servidores públicos.

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 Modelo COSO 2013, y posteriormente en noviembre de 2015 se presentó una adaptación del mismo el cual lleva por nombre Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI) que funge como un modelo general de Control Interno, que podrá ser adoptado y adaptado por las Instituciones, en el Ámbito Estatal y Municipal, mediante la expedición de los decretos correspondientes.



Que 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 y Desempeño Institucional; así como lo adaptable del Marco Estatal Integrado de Control Interno.

Que contar con un Sistema de Control Interno efectivo en las Instituciones 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 y Desempeño Institucional, constituido como un foro colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento al desempeño institucional y Control Interno, propiciando reducir la probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad, propiciar el comportamiento ético de los servidores públicos, considerar la integración de las tecnologías de información en el Control Interno y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

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

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

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



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

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

## TÍTULO PRIMERO

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

#### CAPÍTULO I

##### Del Ámbito de Aplicación y Definiciones

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

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

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

- I. *Acción de mejora:* actividades determinadas e implementadas por el Titular y demás servidores públicos de la Institución para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional, así como para prevenir, disminuir o administrar los riesgos que pudieran obstaculizar el cumplimiento de los objetivos.
- II. *Administración:* personal de mandos superiores y medios, diferente al Titular, directamente responsables de todas las actividades en la Institución, incluyendo el diseño, la implementación y la eficacia operativa del Control Interno.
- III. *Administración de Riesgos:* proceso sistemático para establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos asociados con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan controlarlos y asegurar el logro de los objetivos y metas de las Instituciones de una manera razonable.
- IV. *APE:* Administración Pública Estatal.
- V. *Área(s) de oportunidad:* la situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional.
- VI. *Autocontrol:* la implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su



- caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos institucionales.
- VII. **Comité y/o COCODI:** el Comité de Control y Desempeño Institucional.
- VIII. **Competencia Profesional:** cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas. Requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación y experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de los individuos para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades.
- IX. **Controles a Nivel Institución:** controles que tienen un efecto generalizado en el Sistema de Control Interno Institucional; los Controles a Nivel Institución pueden incluir controles relacionados con el proceso de evaluación de riesgos de la Entidad, ambiente de control, organizaciones de servicios, elusión de controles y supervisión.
- X. **Controles generales:** políticas y procedimientos que se aplican a todos o a un segmento amplio de los sistemas de información institucionales; los Controles generales incluyen la gestión de la seguridad, accesos lógicos y físicos, configuraciones, segregación de funciones y planes de contingencia.
- XI. **Control correctivo (después):** el mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones.
- XII. **Control detectivo (durante):** el mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado.
- XIII. **Control Interno:** el proceso efectuado por el Titular de la Institución, la Administración, en su caso el Órgano de Gobierno, y los demás servidores públicos de una Institución, con objeto de proporcionar una Seguridad Razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad.
- XIV. **Control preventivo (antes):** el mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de las metas y objetivos institucionales.
- XV. **Debilidad y/o deficiencia del Control Interno:** la insuficiencia, deficiencia o inexistencia identificada en el Sistema de Control Interno Institucional mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los órganos de control y fiscalización, que pueden evitar que se aprovechen las oportunidades y/u ocasionar que los riesgos se materialicen.
- XVI. **Dependencias:** las Secretarías, incluyendo a sus órganos administrativos desconcentrados, la Consejería Jurídica y Fiscalía General del Estado, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal.
- XVII. **Disposiciones:** las Disposiciones Generales en Materia del Marco Integrado de Control Interno.



- XXVIII. *Elusión de Controles*: omisión del cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos con la intención de obtener beneficios personales, simular el cumplimiento de ciertas condiciones o propiciar actividades comúnmente ilícitas.
- XXIX. *Entidades*: los Organismos Públicos Descentralizados, Empresas de Participación Estatal Mayoritaria y Fideicomisos Públicos que, en términos de la Ley de la Administración Pública Paraestatal, son considerados Entidades de la Administración Pública Paraestatal.
- XX. *Evaluación del Sistema de Control Interno*: el proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Control Interno institucional.
- XXI. *Indicadores de Desempeño*: es una medida que describe el grado de cumplimiento de los objetivos de un plan, programa o proyecto.
- XXII. *Información de Calidad*: información proveniente de fuentes confiables y que es adecuada, actual, completa, exacta, accesible y proporcionada de manera oportuna.
- XXIII. *Institución o Instituciones*: Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, así como los Órganos Constitucionales Autónomos, en su caso.
- XXIV. *Importancia Relativa*: es la conclusión, respecto del análisis de la naturaleza e impacto de cierta información, en la que la omisión o presentación incorrecta de ésta, no tiene efectos importantes en las decisiones que los diversos usuarios adopten.
- XXV. *Líneas de Reporte*: líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles en la Institución que proporcionan métodos de comunicación que pueden circular en todas las direcciones al interior de la estructura organizacional.
- XXVI. *Manual*: será el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno del Estado de Campeche.
- XXVII. *Mapa de riesgos*: la representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva.
- XXVIII. *Matriz de Administración de Riesgos*: la herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la Institución, considerando las etapas de la metodología de Administración de Riesgos.
- XXIX. *Mejora Continua*: proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de Indicadores de Desempeño y su evaluación periódica.
- XXX. *Objetivos Cualitativos*: objetivos no medibles en términos numéricos o de porcentaje, que la Dirección puede necesitar para diseñar medidas de desempeño que señalen el nivel o grado de cumplimiento, al comparar la situación de la Institución con periodos anteriores.
- XXXI. *Objetivos Cuantitativos*: las normas e Indicadores de Desempeño pueden ser un porcentaje específico o un valor numérico.
- XXXII. *OIC: Órgano Interno de Control*.



- XXXIII. *Órgano de Gobierno*: el cuerpo colegiado de la Administración de las Entidades, de conformidad con los artículos 17 y 18 de la Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Campeche.
- XXXIV. *Planes de Contingencia y Sucesión*: proceso definido para identificar y atender la necesidad institucional de responder a los cambios repentinos en el personal y que pueden comprometer el Sistema de Control Interno.
- XXXV. *Políticas*: declaraciones de responsabilidad respecto de los objetivos de los procesos, sus riesgos relacionados y el diseño, implementación y eficacia operativa de las actividades de control.
- XXXVI. *PTAR*: Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- XXXVII. *PTCI*: Programa de Trabajo de Control Interno.
- XXXVIII. *Puntos de Interés*: información adicional que proporciona una explicación más detallada respecto de los principios y los requisitos de documentación y formalización para el desarrollo de un Sistema de Control Interno efectivo.
- XXXIX. *Revisión de control*: es una actividad sistemática, estructurada, objetiva y de carácter preventivo, orientada a identificar debilidades de Control Interno y riesgos, para asegurar de manera razonable el cumplimiento de las metas y objetivos de las Instituciones Públicas, como son la eficiencia y eficacia de las operaciones, información financiera, contable y presupuestal confiable y oportuna, en cumplimiento con la normativa aplicable, así como la salvaguarda de los recursos públicos.
- XL. *Riesgo*: la probabilidad de ocurrencia de un evento o acción adversa y su impacto que impida u obstaculice el logro de los objetivos y metas institucionales.
- XLI. *Secretaría y/o SECONT*: Secretaría de la Contraloría.
- XLII. *Sector Público*: la Administración Pública Estatal, así como los Órganos Constitucionales Autónomos, en su caso.
- XLIII. *Seguridad Razonable*: el nivel satisfactorio de confianza en el logro de objetivos, dentro de determinadas condiciones de costos, beneficios y riesgos.
- XLIV. *Servicios Tercerizados*: práctica que lleva a cabo una dependencia o entidad para contratar un bien o un servicio externo.
- XLV. *Sistema de Control Interno Institucional y/o SCII*: es el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, procedimientos y métodos, incluido el entorno y actitudes que desarrollan autoridades y su personal a cargo, con el objetivo de prevenir posibles riesgos que afectan a una entidad pública.
- XLVI. *Sistema de Información*: personal, procesos, datos y tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información.
- XLVII. *TIC's*: Tecnologías de Información y Comunicaciones; procesos de información habilitados con la Tecnología.
- XLVIII. *Titulares*: Secretarios, Directores Generales, Coordinadores, o cualquier otro funcionario de primer nivel de las Instituciones del Sector Público y en el ámbito estatal, con independencia del término con el que se identifique su cargo o puesto.



- XLIX. *Unidades Administrativas:* división administrativa, establecida en instrumento jurídico respectivo, de los ejecutores de gasto del Sector Público y que para efectos de la programación, presupuesto, ejercicio, control y evaluación del gasto público estén constituidas en unidades responsables.

## CAPITULO II

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

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

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

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

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

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

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

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



Designación	Nombre del Correo
Coordinador de Control Interno	coordinadorci(siglas de la Institución)@...
Enlace de Control Interno Institucional	enlacecii(siglas de la Institución)@...
Enlace de Administración de Riesgos	enlaceari(siglas de la Institución)@...
Enlace del COCODI	enlacecocodi(siglas de la Institución)@...

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

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

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

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

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

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



fortalecidos para prevenir o corregir desviaciones u omisiones que afecten su debido cumplimiento.

## CAPÍTULO II Estructura del Modelo

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

### NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO:

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

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

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

***Actividades de Control:*** Son las acciones que define y desarrolla la Administración mediante políticas, procedimientos y tecnologías de la información con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción. Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la Institución, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad.



Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias. En todos los niveles de la Institución existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todos los servidores públicos conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o Unidad Administrativa.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

6. El Titular, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente los objetivos institucionales y formular un plan estratégico que, de manera coherente y ordenada, se asocie a éstos y a su mandato legal, asegurando además que dicha planeación estratégica contemple la alineación institucional a los planes estatales, regionales, sectoriales y todos los demás instrumentos y normativas vinculatorias que correspondan.
7. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales, así como de los procesos por los que se obtienen los ingresos y se ejerce el gasto, entre otros.



8. La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realiza la Institución.
9. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar al Control Interno.

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

10. La Administración, debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales y responder a los riesgos. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos que realizan, incluyendo los riesgos de corrupción.
11. La Administración, debe diseñar los sistemas de información institucional y las actividades de control asociadas, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.
12. La Administración, debe implementar las actividades de control a través de políticas, procedimientos y otros medios de similar naturaleza, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas. Asimismo, deben ser apropiadas, suficientes e idóneas para enfrentar los riesgos a los que están expuestos sus procesos.

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

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

E) Los principios que corresponden a la **Supervisión** son:

16. La Administración, debe establecer actividades para la adecuada supervisión del Control Interno y la evaluación de sus resultados.



17. La Administración, es responsable de corregir oportunamente las deficiencias de Control Interno detectadas.

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

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

**ARTÍCULO 12.** Adicionalmente, el Marco Integrado de Control Interno contiene información específica presentada como Puntos de Interés, los cuales tienen como propósito proporcionar al Titular y la Administración, material de orientación para el diseño, implementación y operación de los principios a los que se encuentran asociados. Los Puntos de Interés dan mayores detalles sobre el principio asociado al que atienden y explican de manera más precisa los requerimientos para su implementación y documentación, por lo que orientan sobre la temática que debe ser abordada. Los Puntos de Interés también proporcionan antecedentes sobre cuestiones abordadas en el Marco.

Los Puntos de Interés se consideran relevantes para la implementación del Marco. Por su parte, la Administración tiene la responsabilidad de conocerlos y entenderlos, así como ejercer su juicio profesional para el cumplimiento del Marco, en el entendido de que éstas establecen procesos generales para el diseño, la implementación y la operación del Control Interno.

Los Puntos de Interés se detallan en el **Anexo 1** de este Acuerdo.

### CAPÍTULO III

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

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

- I. Establecerlo y mantenerlo actualizado, conforme a la estructura del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público señalado en el Capítulo Segundo del presente Título. Podrán considerar las particularidades de la Institución;
- II. Supervisar y evaluar periódicamente su funcionamiento;



- III. Asegurar que se autoevalúe por nivel de Control Interno e informar anualmente el estado que guarda, conforme a lo establecido en la sección I del Capítulo Cuarto de este Título;
- IV. Establecer acciones de mejora para fortalecerlo e impulsar su cumplimiento oportuno;
- V. Aprobar el Informe Anual y las encuestas consolidadas por nivel de control;
- VI. Aprobar el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y, en su caso su actualización, así como difundirlo a los responsables de su implementación;
- VII. Privilegiar el Autocontrol y los controles preventivos, y
- VIII. Presentar a la Administración y en su caso al Órgano de Gobierno, las debilidades de Control Interno de mayor importancia y las acciones de mejora respectivas.

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

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

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

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

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

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

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

- I. Coordinador de Control Interno:



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

## II. Enlace de Control Interno Institucional:

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

## CAPÍTULO IV

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

#### Sección I

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



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

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

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

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

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

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

Nombre	Tipo	Unidad	Criterios de Selección
--------	------	--------	------------------------



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

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

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

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

**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

1. Que la misión, visión, objetivos y metas institucionales, estén alineados al Plan Estatal de Desarrollo y a los Programas Sectoriales, Institucionales y Especiales;
2. Que el personal de la Institución conozca y comprenda la misión, visión, objetivos y metas institucionales;
3. Que exista, se actualice y difunda un Código de Conducta, en apego al Código de Ética de la APE;
4. Que se diseñen, establezcan y operen los controles con apego al Código de Ética y al Código de Conducta;



5. Que promueva e impulse la capacitación y sensibilización de la cultura de Autocontrol y Administración de Riesgos y se evalúe el grado de compromiso institucional en esta materia;
6. Que efectúe la planeación estratégica institucional como un proceso sistemático con mecanismos de control y seguimiento, que proporcionen periódicamente información relevante y confiable para la toma oportuna de decisiones;
7. Que existan, se actualicen y difundan Políticas de operación que orienten los procesos al logro de resultados;
8. Que utilicen TIC's para simplificar y hacer más efectivo el control;
9. Que se cuente con un Sistema de Información integral y preferentemente automatizado que, de manera oportuna, económica, suficiente y confiable, resuelva las necesidades de seguimiento y toma de decisiones, y
10. Que los servidores públicos conozcan y apliquen las presentes Disposiciones y el Manual.

**B.- NIVEL DIRECTIVO:**

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

**C.- NIVEL OPERATIVO:**

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

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



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

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

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

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

**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

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

**B.- NIVEL DIRECTIVO:**

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

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



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

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

**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

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

**B.- NIVEL DIRECTIVO:**

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

**C.- NIVEL OPERATIVO:**

9. Existen y operan mecanismos efectivos de control para las distintas actividades que se realizan en su ámbito de competencia, entre otras, registro, autorizaciones, verificaciones, conciliaciones, revisiones, resguardo de archivos, bitácoras de control, alertas y bloqueos de sistemas y distribución de funciones;
10. Las operaciones relevantes están debidamente registradas y soportadas con documentación clasificada, organizada y resguardada para su consulta y en cumplimiento de las leyes que le aplican;



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

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

La información que se genera, obtenga, adquiera, transforme o conserve se clasifica y se comunica en cumplimiento a las disposiciones legales y administrativas aplicables en la materia. Los sistemas de información estén diseñados e instrumentados bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento.

Que existan canales de comunicación adecuados y retroalimentación entre todos los servidores públicos de la Institución, que generen una visión compartida, articulen acciones y esfuerzos, faciliten la integración de los procesos y/o Instituciones y mejoren las relaciones con los grupos



de interés; así como crear cultura de compromiso, orientación a resultados y adecuada toma de decisiones.

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

**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

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

**B.- NIVEL DIRECTIVO:**

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

**C.- NIVEL OPERATIVO:**

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

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

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



**A.- NIVEL ESTRATÉGICO:**

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

**B.- NIVEL DIRECTIVO:**

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

**Sección II.**

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

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

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

Los Comités sesionaran cuatro veces al año como mínimo.

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

- I. Aspectos relevantes derivados de la aplicación de las encuestas:
  - a) Porcentaje de cumplimiento general, por nivel del Sistema de Control Interno Institucional y por Norma General;
  - b) Elementos de Control Interno con mayor grado de cumplimiento, identificados por Norma General y nivel del Sistema de Control Interno Institucional;
  - c) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de Control Interno, y
  - d) Debilidades o Áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional;



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

III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejoras comprometidas en el PTCI.

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

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

### Sección III.

#### Encuestas para la autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

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

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

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

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

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

### Sección IV.

#### Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno.



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

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

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

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

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

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

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

El Titular de la Institución presentará dicho reporte:

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

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



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

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

#### Sección V.

#### Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual.

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

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

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

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

### TÍTULO TERCERO. “ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS”

#### CAPÍTULO I

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

**ARTÍCULO 33.** El proceso de Administración de Riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen



los Titulares de todas las Unidades Administrativas de la Institución, el Titular del Órgano Interno de Control, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

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

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

**I. Coordinador de Control Interno:**

**a) Acordar con el Titular de la Institución:**

1. La metodología de Administración de Riesgos considerando lo establecido en las presentes Disposiciones y el Manual;
2. Las acciones para la aplicación de la metodología de Administración de Riesgos, e informarle sobre los avances;
3. Los objetivos y metas institucionales a los que se deberá alinear el proceso de Administración de Riesgos, y
4. Los riesgos institucionales.

Asimismo, comunicará la información anterior a las Unidades Administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos;

**b) Coordinar y supervisar que el proceso de Administración de Riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes Disposiciones y el Manual, y ser el canal de comunicación e interacción con el Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos;**

**c) Definir con el Enlace de Administración de Riesgos la propuesta de riesgos institucionales y revisar el proyecto de los siguientes documentos y sus respectivas actualizaciones:**

1. Matriz de Administración de Riesgos Institucional;
2. Mapa de Riesgos Institucional;
3. PTAR Institucional;
4. Reporte de Avances Trimestral del PTAR, y
5. Reporte anual del comportamiento de los riesgos;



- d)** Presentar anualmente para autorización y firma del Titular de la Institución los documentos descritos en el inciso anterior, con fecha de autorización y firmados por él y por el Enlace de Administración de Riesgos;
- e)** Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR Institucionales, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas y al Enlace de Administración de Riesgos;
- f)** Supervisar que los documentos descritos en el inciso c) de esta fracción, se presenten en la primera sesión ordinaria del ejercicio fiscal correspondiente, del Comité o del órgano de gobierno, según corresponda, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes; y que los avances de las metas y objetivos institucionales utilizados en el proceso de Administración de Riesgos, se incluyan en los asuntos del Orden del Día conforme a lo señalado en el artículo 62, fracción VII, inciso a) de las presentes Disposiciones, y
- g)** Comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR Institucionales determinados en el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.

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

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



## CAPÍTULO II

### Etapas Mínimas de la Administración de Riesgos

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

#### I. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

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

En la descripción de los riesgos se deberá considerar la siguiente estructura general: sustantivo, verbo en participio y, adjetivo o adverbio o complemento circunstancial negativo;

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Institución y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos de la Institución.
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		
4	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
3		
2	Menor	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Institución.
1		

h) Valoración inicial de la probabilidad de ocurrencia. La asignación se determinará con una escala de valor del 0 al 10, de acuerdo a lo establecido en la fracción IV de este artículo y en



función de los factores de riesgo. La Institución establecerá un criterio específico para cada escala de valor, considerando la frecuencia con la que se ha materializado el Riesgo en el pasado, de acuerdo a la siguiente tabla:

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

La valoración inicial del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia, se determinará sin considerar los controles existentes para administrar los riesgos, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Institución de no atenderlos adecuadamente.

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

## II. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

Se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Comprobar la existencia o no de controles para los factores de Riesgo y, en su caso, para sus efectos;
- b) Describir los controles existentes para administrar los factores de Riesgo y, en su caso, para sus efectos;



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

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

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

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

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

### IV. MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

- a) Elaboración del Mapa de Riesgos Institucional. Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical.

La representación gráfica del Mapa de Riesgos Institucional deberá contener los cuadrantes siguientes:

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

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

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



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

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

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

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

1. Evitar el riesgo. - Se aplica antes de asumir cualquier riesgo. Se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas;
2. Reducir el riesgo. - Se aplica preferentemente antes de optar por otras medidas más costosas y difíciles. Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación de controles;
3. Asumir el riesgo. - Se aplica cuando el Riesgo se encuentra en el cuadrante III, y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecer acciones de contingencia, y
4. Transferir o compartir el riesgo. - Implica la administración del Riesgo con un tercero que tenga la experiencia y especialización necesaria para asumirlo, esta estrategia cuenta con tres métodos:

- **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.
- **Aseguramiento:** Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.  
Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el Riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el Riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible.
- **Diversificación:** Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia, la diversificación reduce la exposición al Riesgo de un activo individual.

b) Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, las cuales se incorporarán en el PTAR Institucional.



- c) Para los riesgos de corrupción que hayan identificado las Instituciones, éstas deberán contemplar solamente las estrategias de evitar y reducir el riesgo, toda vez que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, en tanto que lesionan la imagen, la credibilidad y la transparencia de las Instituciones.

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

Comunicación y consulta

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

Contexto

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

#### EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

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

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

### CAPÍTULO III

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

**ARTÍCULO 36.** Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR Institucional, el cual incluirá:

- a. Los riesgos;
- b. Los factores de riesgo;
- c. Las estrategias para administrar los riesgos, y
- d. Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional, las cuales deberán identificar:
  1. Unidad Administrativa;



2. Responsable de su implementación;
3. Las fechas de inicio y término;
4. Medios de verificación, y
5. Porcentaje de avances.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

El Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, deberá fortalecer el proceso de Administración de Riesgos y el Titular de la Institución lo informará al Comité o al Órgano de Gobierno, según corresponda, en su segunda sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

## **TÍTULO CUARTO**

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

#### **CAPÍTULO I**

##### **Objetivos**

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

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



- VI. Agregar valor a la gestión institucional con aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten;
- VII. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas, e
- VIII. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos.

## CAPÍTULO II Integración del Comité

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

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

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

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

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

- I. Invitados permanentes, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Control Interno Institucional;



- II. Invitados especiales: El comisario de la Entidad correspondiente o un representante de la Dirección General, y
- III. Otros invitados:

a) Los servidores públicos de la APE, internos o externos a la Institución que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución;

b) Personas externas a la APE, expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del Presidente, y

c) En su caso, el auditor del despacho externo.

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

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

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

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

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

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

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



señalados en el artículo 62 de la presente Disposición, incluidos cuando proceda, sus actualizaciones.

### CAPÍTULO III Atribuciones del Comité y Funciones de los Miembros

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

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

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

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



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

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

- I. Declarar el quórum y presidir las sesiones;
- II. Determinar, conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
- III. Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;
- IV. Vigilar que los acuerdos se cumplan en tiempo y forma;
- V. Proponer el calendario de sesiones ordinarias;
- VI. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias;
- VII. Autorizar la participación de invitados externos ajenos a la APE;
- VIII. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, conforme a lo siguiente:
  - a) Al Órgano de Gobierno de las Entidades, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración del Comité, y
  - b) En el caso de los órganos administrativos desconcentrados, a la dependencia a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, dentro de los diez días hábiles siguientes al de la fecha de la sesión ordinaria del Comité.

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

- I. Participar con voz y voto en las sesiones;
- II. Determinar junto con el Presidente del Comité y el Coordinador de Control Interno los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y en su caso con otros invitados;
- III. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional;
- IV. Asesorar a los miembros para coadyuvar al mejor cumplimiento de los objetivos y metas institucionales;
- V. Verificar el cumplimiento de los acuerdos por parte de los responsables;



- VI. Comunicar al Presidente las Áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, y
- VII. Proponer al Comité la integración de grupos auxiliares de trabajo, para el análisis detallado de asuntos que así lo ameriten, siempre y cuando no dupliquen las funciones de los ya existentes.

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

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

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

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

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

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

- I. Coordinador de Control Interno:
  - a) Determinar, conjuntamente con el Presidente y el Vocal Ejecutivo, los asuntos a tratar en el orden del día de las sesiones del Comité y, en su caso, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
  - b) Solicitar al Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional la integración de la información que compete a las Unidades Administrativas de la Institución para la integración de la carpeta electrónica, y



- c) Revisar y validar que la información institucional sea suficiente y relevante, y remitirla al enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional para la conformación de la carpeta electrónica, a más tardar 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.
- II. Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional:
- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y la Institución;
  - b) Solicitar a las Unidades Administrativas de la Institución la información para la integración de la carpeta electrónica, y
  - c) Remitir al Coordinador de Control Interno la información institucional consolidada, para su revisión y validación.

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

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

#### **CAPÍTULO IV**

##### **De las Políticas de Operación**

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

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

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



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

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

Sección I.

Calendario de sesiones.

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

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

Sección II.

Convocatorias.

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

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

Sección III.

Orden del día.

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

- I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;
- II. Aprobación del Orden del Día;
- III. Ratificación del acta de la sesión anterior;
- IV. Seguimiento de Acuerdos tomados por el Comité en sesiones previas y presentados al Órgano de Gobierno, sólo si hubiere incumplimientos importantes;
- V. Cédulas de situaciones críticas. - Que contendrán las problemáticas vinculadas con el cumplimiento del PTCI y de la Administración de Riesgos, así como del desempeño Institucional y de aquellos riesgos que proponga el Vocal Ejecutivo;



- VI.** Aspectos que inciden en el Control Interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad. La presentación de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidades, así como de las observaciones determinadas por las instancias fiscalizadoras, puede significar que en la Institución existen debilidades o insuficiencias de Control Interno o actos contrarios a la integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión de la Institución, por lo que sólo deberá presentarse:
- a) Resultado de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidad; en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a servidores públicos de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas, y
  - b) Observaciones de instancias fiscalizadoras pendientes de solventar;
- VII.** Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:
- a) Informe Anual;
  - b) PTCI;
  - c) Informe de Resultados del Titular del OIC derivado de la evaluación del Informe Anual;
  - d) Alternativas de solución del Titular de la Institución a recomendaciones del OIC;
  - e) Reportes de avances trimestrales del PTCI e Informe de verificación del OIC, y
  - f) Recomendaciones de observaciones de alto Riesgo derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por instancias de fiscalización, y salvedades en la dictaminación de estados financieros;
- VIII.** Seguimiento al proceso de Administración de Riesgos institucional:
- a) Matriz de Administración de Riesgos Institucional;
  - b) Mapa de Riesgos Institucional;
  - c) PTAR institucional;
  - d) Reportes de avances trimestrales del PTAR;
  - e) Riesgos determinados de conformidad con el artículo 35 de estas Disposiciones, y
  - f) Reporte anual del comportamiento de los riesgos;
- IX.** Seguimiento al Desempeño Institucional:
- a) Cumplimiento de objetivos, metas e indicadores;
  - b) Cumplimiento de los programas de la Institución y temas transversales;
  - c) Comportamiento presupuestal y financiero, y
  - d) Pasivos laborales contingentes.
- X.** Asuntos Generales (Se presentarán en su caso, sólo asuntos de carácter informativo), y
- XI.** Revisión y ratificación de acuerdos adoptados en la reunión.



Desarrollo de las sesiones.

**ARTÍCULO 63.** Las sesiones podrán llevarse a cabo de manera presencial, virtual o ambas, a través de videoconferencia u otros medios similares que permitan analizar, plantear y discutir en tiempo real, los asuntos de la sesión y sus alternativas de solución.

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

**ARTÍCULO 64.** En cada reunión se registrará la asistencia de los participantes, recabando las firmas correspondientes. En el caso de las sesiones virtuales bastará con su firma autógrafa en el acta.

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

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

Sección V.

De la carpeta electrónica de las sesiones.

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

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

Sección VI.

Acuerdos.

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

- I. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Institución.  
Cuando la solución de un problema dependa de terceros ajenos a la Institución, las acciones se orientarán a la presentación de estudios o al planteamiento de alternativas ante las instancias correspondientes, sin perjuicio de que se les dé seguimiento hasta su atención;
- II. Precisar al, o los responsables, de su atención, y



- III. Fecha perentoria para su atención, la cual no podrá ser mayor a seis meses, posteriores a la fecha de celebración de la sesión en que se apruebe a menos que por la complejidad del asunto se requiera de un plazo mayor, lo cual se justificará ante el Comité.

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

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

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

**ARTÍCULO 71.** Para los acuerdos que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única vez, éste podrá aprobar una nueva fecha que preferentemente, no exceda de 30 días hábiles contados a partir del día siguiente al de la sesión.

Sección VII.  
De las actas.

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

- I. Nombres y cargos de los asistentes;
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- III. Acuerdos aprobados, y
- IV. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión y, cuando corresponda, de los invitados permanentes y especiales.

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



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

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

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

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

**ARTÍCULO 76.-** Las Disposiciones y procedimientos contenidos en el Manual a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse, cuando menos una vez al año por la Secretaría de la Contraloría, para efectos de su actualización de resultar procedente.

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

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

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

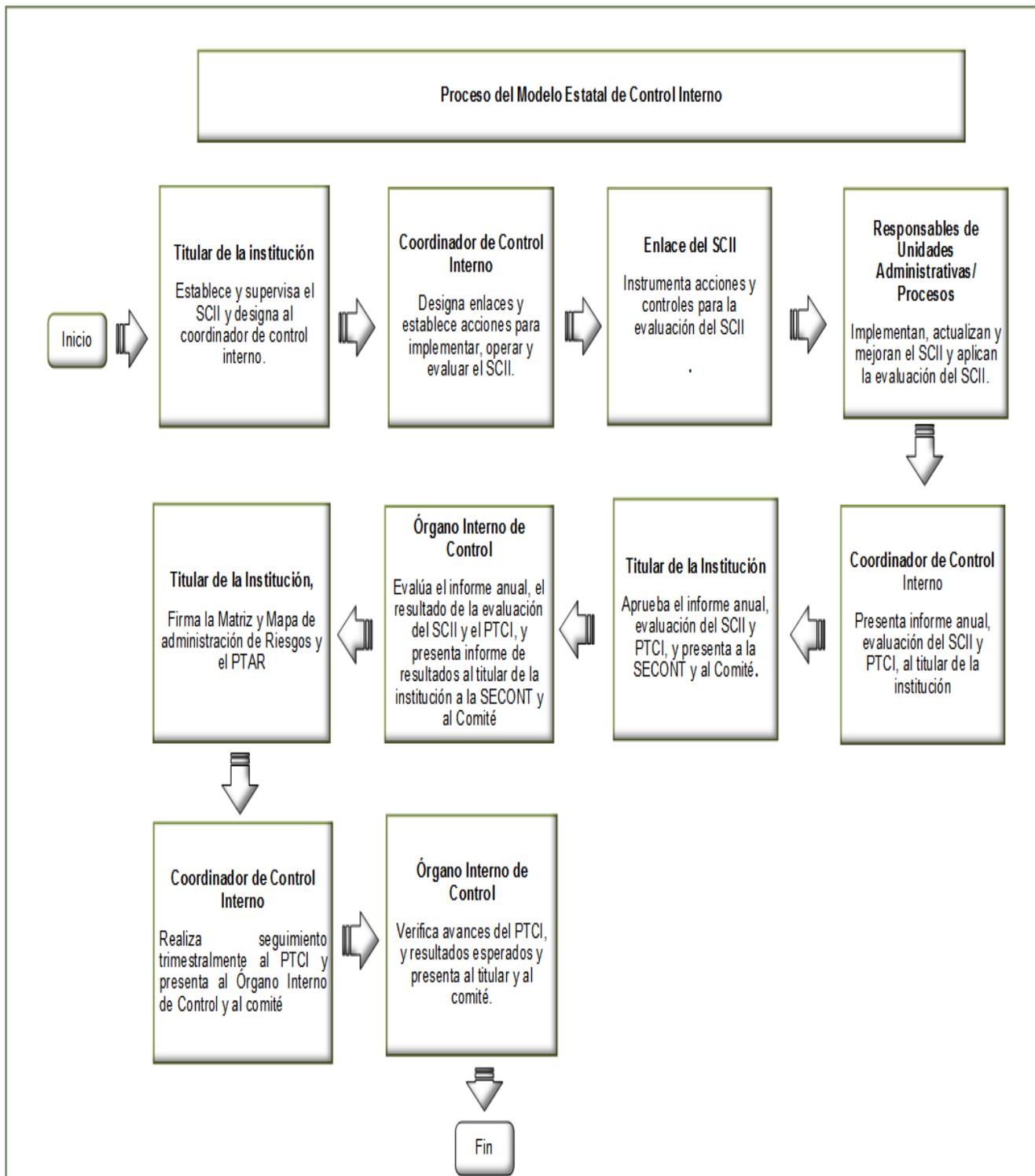
### **Procesos:**

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

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

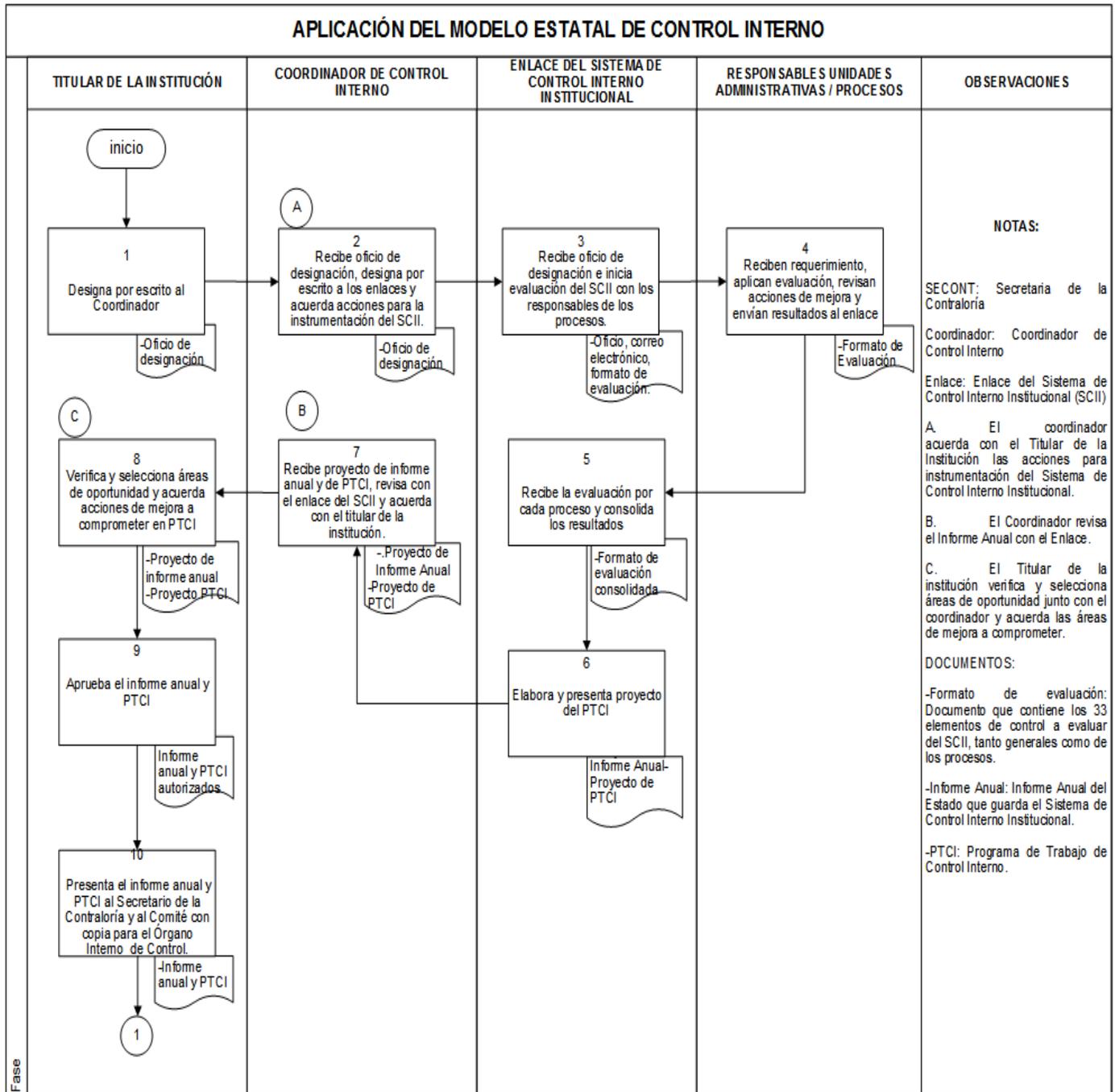


Descripción del proceso:



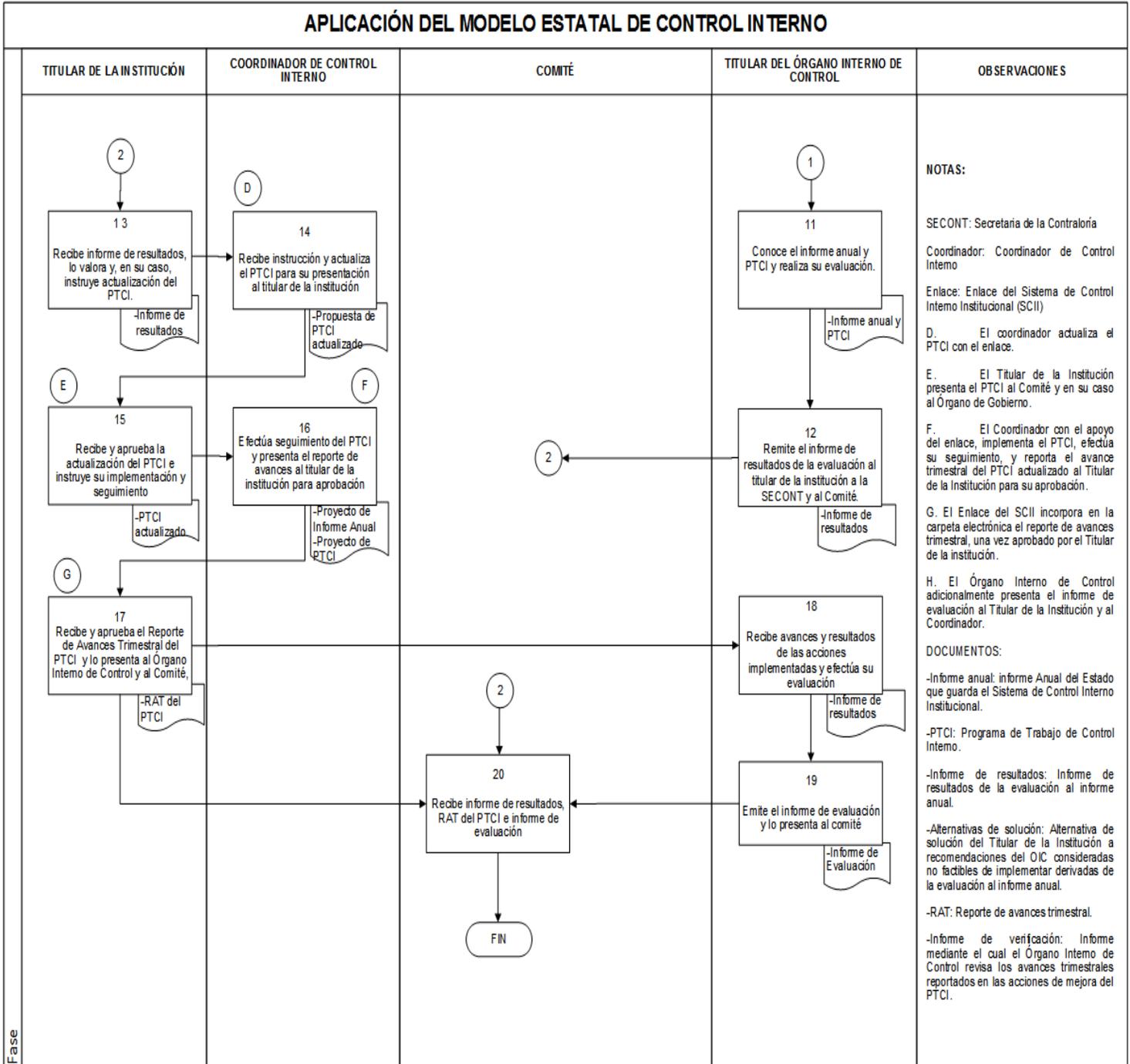


Descripción de los pasos del proceso y/o procedimiento:





APLICACIÓN DEL MODELO ESTATAL DE CONTROL INTERNO



Fase



**Actividades secuenciales por responsable:**

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno
1.	Titular de la Institución	Designa por escrito al Coordinador de Control Interno.	Oficio de designación	Artículo 6
2.	Coordinador de Control Interno	Recibe oficio de designación. Designa por escrito al Enlace de Control Interno Institucional y al Enlace de Administración de Riesgos. Acuerda con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del SCII, en términos de las Disposiciones, y solicita al Enlace del SCII la aplicación de la Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.	Oficio de designación / Reunión de Trabajo / Correo electrónico institucional	Artículo 6
3.	Enlace del SCII	Recibe oficio de designación. Inicia el proceso de Evaluación, solicitando a los responsables de las Unidades Administrativas la realicen en sus procesos prioritarios.	Oficio de designación / Correo electrónico institucional / Evaluación del SCII	Artículo 6, Artículo 18 fracción II inciso b)
4.	Responsables de las Unidades Administrativas / Procesos	Reciben requerimiento para realizar la evaluación del SCII por procesos prioritarios, aplican evaluación, revisan propuestas de acciones de mejora y envían resultados al Enlace del SCII.	Evaluación por procesos prioritarios	Artículo 18 fracción II inciso b)
5.	Enlace del SCII	Recibe evaluaciones y consolida por procesos prioritarios la información de dichas evaluaciones.	Evaluación consolidada de los procesos prioritarios	Artículo 18 fracción II inciso c)
6.	Enlace del SCII	Elabora proyecto del Informe Anual y PTCI y envía al Coordinador de Control Interno para revisión.	Proyecto de Informe Anual y PTCI	Artículo 18 fracción II inciso d)
7.	Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII	Recibe proyecto de Informe Anual y PTCI, revisa con el Enlace del SCII y acuerda con el Titular de la Institución.	Propuesta de Informe Anual y PTCI	Artículo 18 fracción I inciso c)
8.	Titular de la Institución y Coordinador de Control Interno	Analizan y seleccionan Áreas de oportunidad detectadas y acuerdan acciones de mejora a comprometer en el PTCI.	Propuesta de Informe Anual y PTCI	Artículo 13
9.	Titular de la Institución	Aprueba el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual y PTCI	Artículo 13 fracción V
10.	Titular de la Institución	Presenta al Titular de la SECONT, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, con copia al Órgano Interno de Control, el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual, y PTCI	Artículos 20 y 21



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE

SECONT  
GOBIERNO DEL ESTADO  
CAMPECHE 2015-2021



NORM@TECAM

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno
11.	Titular del Órgano Interno de Control	Conoce el Informe Anual y PTCl, y realiza su evaluación.	Informe Anual, y PTCl e Informe de Resultados	Artículo 31
12.	Titular del Órgano Interno de Control	Remite el Informe de Resultados al Titular de la Institución, al Titular de la SECONT y al Comité, y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Oficio con Informe de Resultados	Artículo 31
13.	Titular de la Institución	Recibe Informe de Resultados y opinión del Titular del Órgano Interno de Control, lo valora y, en su caso, instruye al Coordinador de Control Interno la actualización del PTCl.	Oficio con Informe de Resultados	Artículo 13 fracción VI
14.	Coordinador de Control Interno	Recibe instrucción de actualizar el PTCl y presenta la actualización para firma del Titular de la Institución.	Propuesta PTCl Actualizado	Artículo 18 fracción I inciso c)
15.	Titular de la Institución	Recibe PTCl actualizado para su firma e instruye al Coordinador su implementación y seguimiento.	PTCl Actualizado	Artículo 13 fracción VI
16.	Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII	Realiza el seguimiento e informa trimestralmente al Titular de la Institución por medio del Reporte de Avances Trimestral del PTCl para su aprobación.	Reporte de Avances Trimestral del PTCl	Artículo 18 fracción I inciso c) y fracción II inciso i)
17.	Titular de la Institución	Revisa y aprueba el Reporte de Avances Trimestral del PTCl.	Reporte de Avances Trimestral del PTCl	Artículo 28
18.	Titular del Órgano Interno de Control	Recibe Reporte de Avances Trimestral del PTCl, y resultados de las acciones comprometidas y efectúa su evaluación.	Informe de evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral	Artículo 28 inciso a)
19.	Titular del Órgano Interno de Control	Emite el Informe de Evaluación al Reporte de Avances Trimestral y lo presenta al Titular de la Institución, al Coordinador de Control Interno y al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Informe de Evaluación	Artículo 30
20.	Comité	Recibe Informe de Resultados, Reporte de Avances Trimestral del PTCl e Informe de Evaluación.	Informe de Resultados / Reporte de Avances Trimestral / Informe de Evaluación	Artículo 20 fracción II, Artículo 28 inciso b), Artículo 30 fracción II, Artículo 31 fracción II



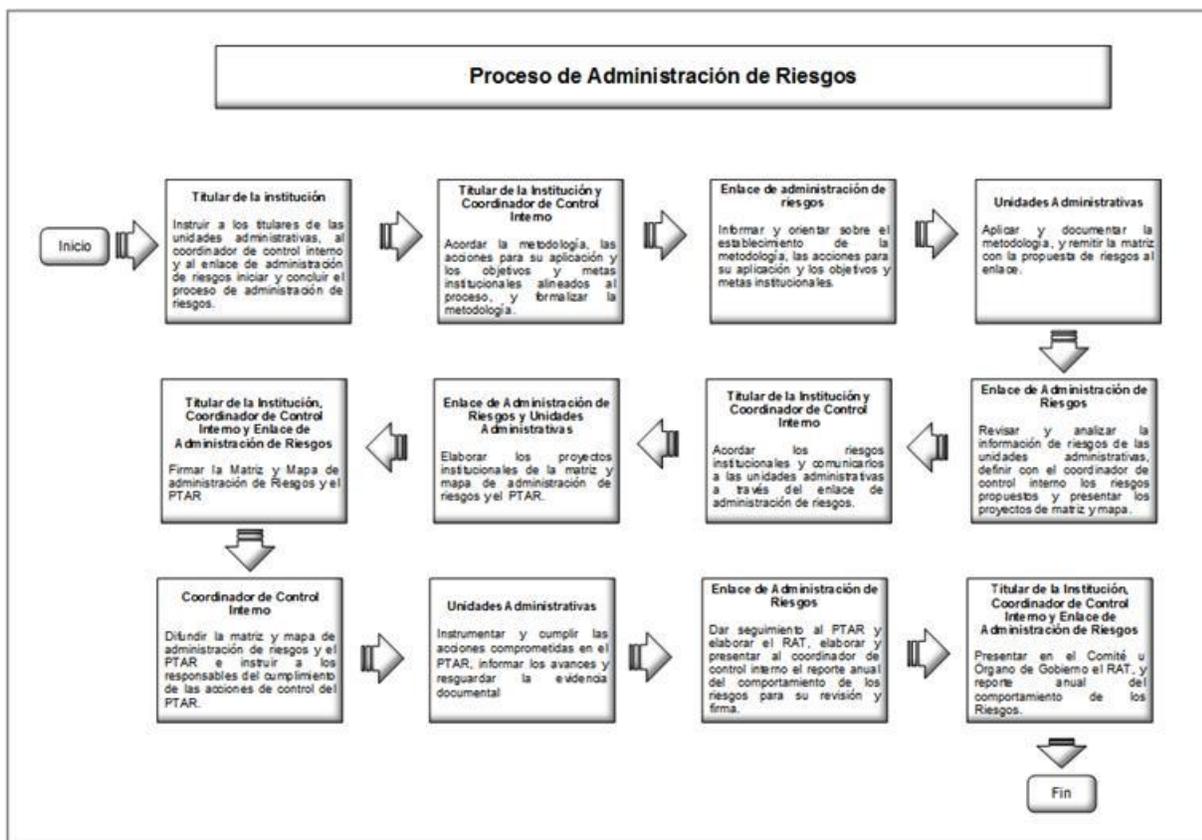
**Documentación Soporte del Proceso / Procedimiento:**

- Informe Anual (Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional y PTCI).
- Informe de Resultados (Informe de la Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual y PTCI).
- Reporte de Avances Trimestral del PTCI.
- Informe de Evaluación (Informe de Evaluación del Titular del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTCI)

**II. Administración de Riesgos Institucionales**

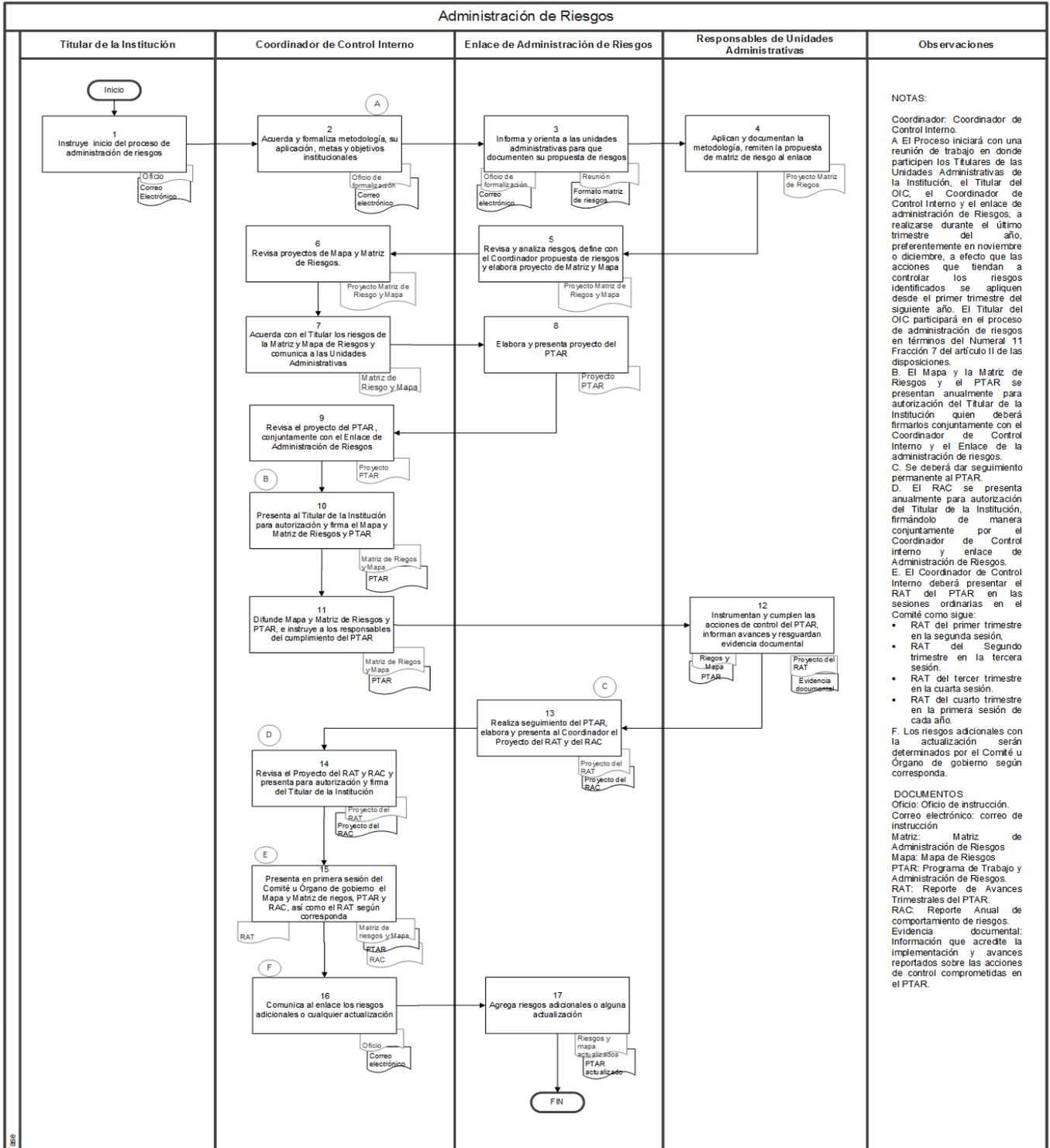
**Objetivo.** - Establecer las etapas de la metodología de Administración de Riesgos que observarán las Instituciones para identificar, evaluar, jerarquizar, controlar y dar seguimiento a sus riesgos, a efecto de asegurar en forma razonable el logro de sus metas y objetivos institucionales.

**Descripción del proceso:**





Descripción de los pasos y/o procedimiento:





**Actividades secuenciales por responsable:**

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	Titular de la Institución	Instruye a las Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos iniciar el proceso de Administración de Riesgos.	Oficio/ Correo electrónico	Artículo 33
2	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución la metodología de Administración de Riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales a los que se alinea el proceso y riesgos, y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.	Oficio de formalización/ Correo electrónico	Artículo 34 Fracción I inciso a)
3	Enlace de Administración de Riesgos	Informa y orienta a las Unidades Administrativas sobre el establecimiento de la metodología de Administración de Riesgos, las acciones para su aplicación, y los objetivos y metas institucionales, para que documenten su propuesta de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos.	Oficio/ Correo electrónico/ Reunión Formato de Matriz de Administración de Riesgos	Artículo 34 fracción II inciso a) y b)
4	Unidades Administrativas	Documenta las propuestas de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos, en función de las etapas mínimas establecidas.	Proyecto de Matriz de Administración de Riesgos	Artículo 34 fracción II inciso b)
5	Enlace de Administración de Riesgos	Revisa y analiza la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, define con el Coordinador de Control Interno la propuesta de riesgos institucionales, elabora y presenta al mismo los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucionales.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Artículo 34 fracción II inciso c)
6	Coordinador de Control Interno	Revisa los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucionales.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Artículo 34 fracción I inciso c)
7	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución los riesgos institucionales y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Artículo 34 fracción I inciso a) punto 4 y segundo párrafo
8	Enlace de Administración de Riesgos	Elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del PTAR Institucional.	Proyecto del PTAR	Artículo 34 fracción II inciso c) punto 3
9	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del PTAR Institucional, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.	Proyecto del PTAR	Artículo 34 fracción I inciso c) punto 3



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE

NORM@TECAM

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
10	Coordinador de Control Interno	Presenta anualmente para autorización del Titular de la Institución la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, y firma de forma conjunta con el Enlace de Administración de Riesgos.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR	Artículo 34 fracción I inciso d)
11	Coordinador de Control Interno	Difunde la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, e instruye la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas y al Enlace de Administración de Riesgos.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR	Artículo 34 fracción I inciso e)
12	Unidades Administrativas	Instrumentan y cumplen las acciones de control del PTAR, e informan avances trimestrales y resguardan la evidencia documental.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Evidencia documental	Artículo 41
13	Enlace de Administración de Riesgos	Realiza conjuntamente con el Coordinador de Control Interno el seguimiento permanente al PTAR, elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR con la información proporcionada por las Unidades Administrativas y el Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos.	Proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos	Artículo 34 fracción II inciso c) puntos 4 y 5 e inciso e)
14	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, los firma conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos y los presenta para autorización y firma del Titular de la Institución.	Reporte de Avances Trimestral del PTAR Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos	Artículo 34 fracción I inciso c) puntos 4 y 5
15	Coordinador de Control Interno	Presenta en la primera sesión del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, el Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos, y sus actualizaciones en las sesiones subsiguientes; y el Reporte de Avances Trimestral del PTAR, en las sesiones del Comité, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR. Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos	Artículo 54 fracción I inciso a) y Artículo 62 fracción VIII



No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
16	Coordinador de Control Interno	Comunica al Enlace de Administración de Riesgos los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR determinados por los servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Oficio/ Correo electrónico Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR actualizados	Artículo 34 fracción I inciso g)
17	Enlace de Administración de Riesgos	Agrega a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR, los riesgos adicionales o alguna actualización, identificada por servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR	Artículo 34 fracción II inciso f)

#### Documentación Soporte del Proceso /Procedimiento:

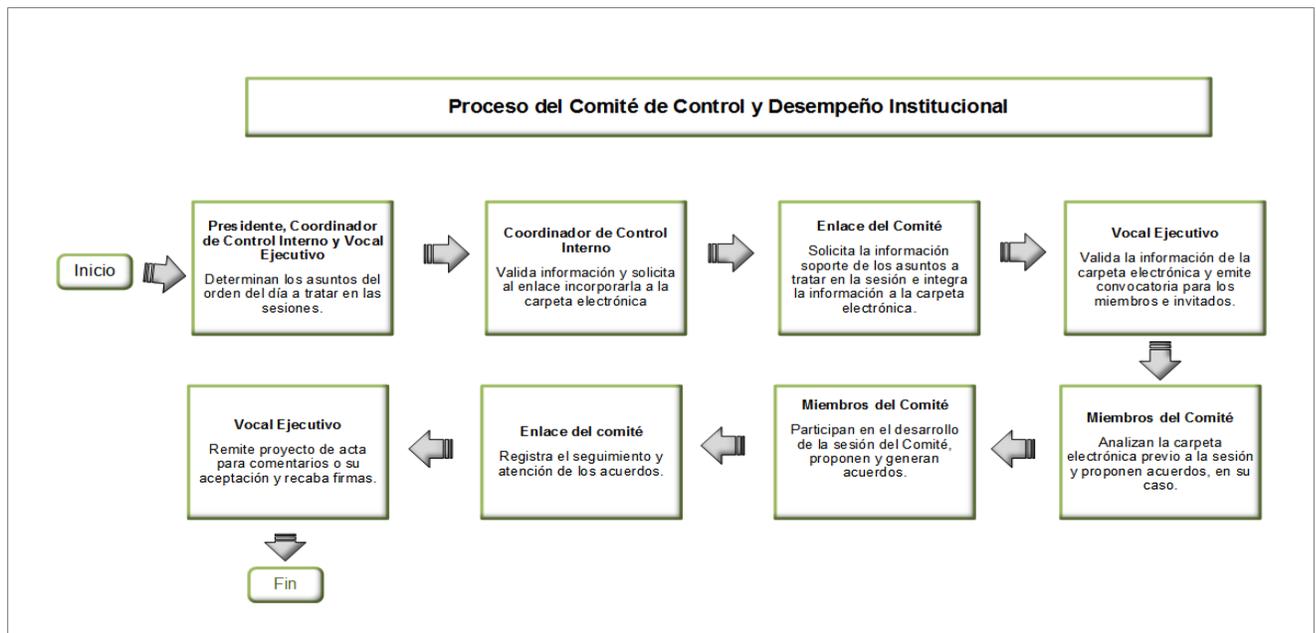
- Formato de Matriz de Administración de Riesgos Institucional (Matriz).
- Mapa de Administración de Riesgos Institucional (Mapa).
- Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- Reporte de Avances Trimestral del PTAR (RAT).
- Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos (RAC).

#### III. Funcionamiento del Comité de Control y Desempeño Institucional.

**Objetivo.** Constituir un órgano colegiado al interior de las Instituciones de la APE, en apoyo a los Titulares de las mismas, que contribuya al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, a impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno, y al análisis y seguimiento de la detección y Administración de Riesgos.

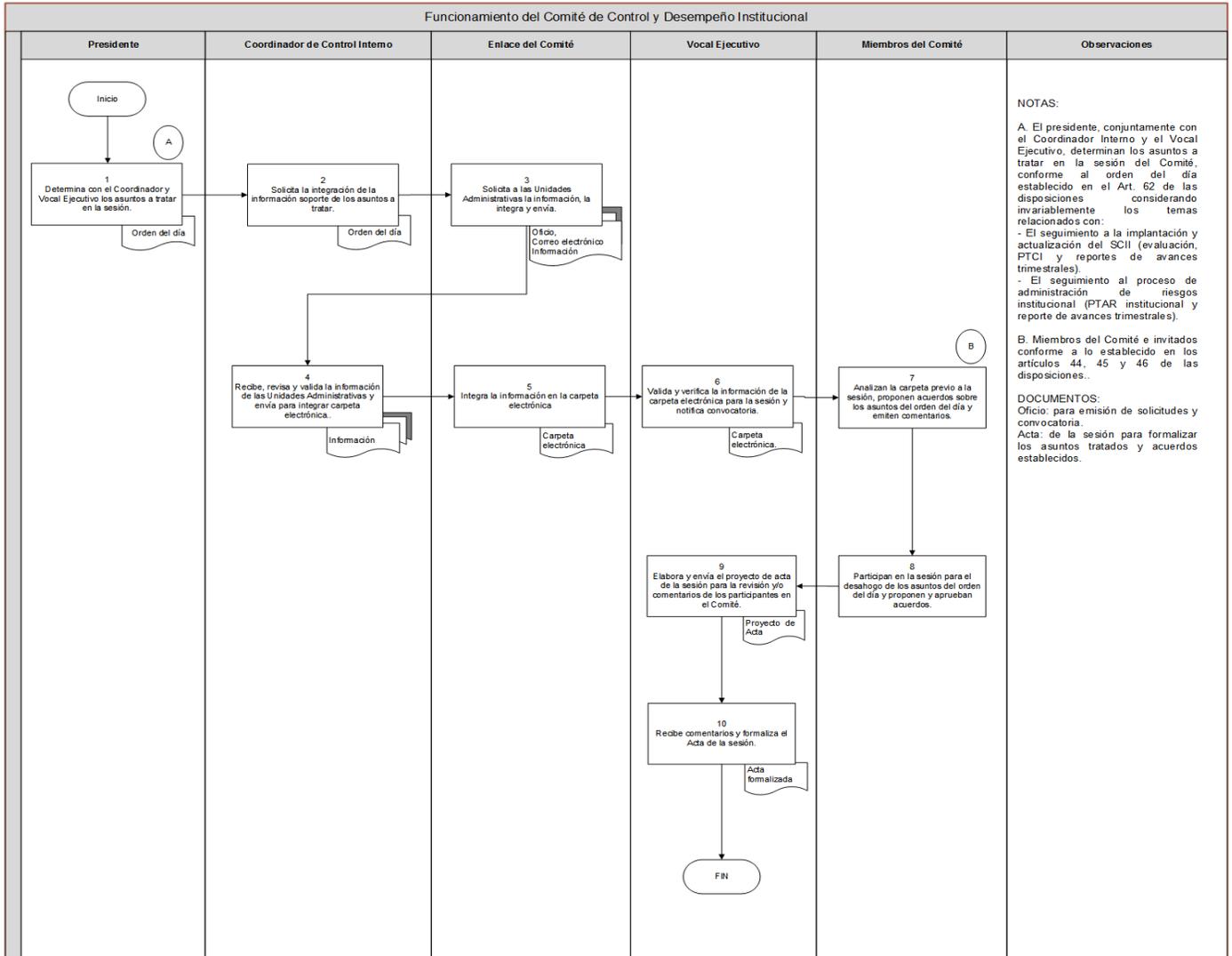


Descripción del proceso:





Descripción de los pasos del proceso y/o procedimiento:





**Actividades secuenciales por responsable:**

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	Presidente del Comité, Coordinador de Control Interno y Vocal Ejecutivo	Determinan los asuntos a tratar en la sesión del Comité que corresponda, a partir de lo establecido en el Orden del Día.	Orden del Día	Artículo 50 fracción II, Artículo 51 fracción II, Artículo 54 fracción I inciso a)
2	Coordinador de Control Interno	Solicita al Enlace del Comité la integración de la información soporte de los asuntos a tratar en la sesión del Comité.	Orden del Día	Artículo 54 fracción I inciso b)
3	Enlace del Comité	Solicita a las Unidades Administrativas responsables (incluido el Órgano Interno de Control) la información para integrar la carpeta electrónica.	Oficio/Correo electrónico Información	Artículo 54 fracción II inciso b)
4	Coordinador de Control Interno	Revisa y valida la información remitida por las áreas, 10 días hábiles previos a la sesión e instruye al Enlace del Comité la conformación de la carpeta electrónica.	Oficio/Correo electrónico	Artículo 54 fracción I inciso c)
5	Enlace del Comité	Integra y captura la información en la carpeta electrónica con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité.	Carpeta Electrónica	Artículo 54 fracción II inciso b) y c)
6	Vocal Ejecutivo	Valida y verifica la integración de la información en la carpeta electrónica y notifica con diez días de anticipación a la fecha de la convocatoria de la sesión a los miembros e invitados del Comité.	Carpeta electrónica Convocatoria (Oficio/Correo electrónico)	Artículos 60 y 61
7	Miembros del Comité e invitados	Analizan la carpeta electrónica a más tardar 24 horas previo a la sesión, presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción a través de la cédula de problemáticas o situaciones críticas, proponer acuerdos sobre los temas a tratar en la sesión, y aprueban acuerdos en sesión ordinaria y/o extraordinaria.	Carpeta electrónica	Artículo 49 fracciones I, II y III y artículo 52 inciso a) y b)
8	Miembros del Comité e invitados	Participan en la sesión para el desahogo de los asuntos específicos de la Orden del Día, proponen y aprueban acuerdos, y las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.	Reunión presencial o videoconferencia	Artículo 49, 52 y 55



No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
9	Vocal Ejecutivo	Elabora y envía proyecto de acuerdos a los responsables de su atención, así como el Acta a los Miembros del Comité y a los invitados que acudieron a la sesión, para su revisión y/o comentarios o aceptación a efecto de elaborar el acta definitiva.	Grabación audio y/o video de la sesión / proyecto de Acta.	Artículo 74
10	Vocal Ejecutivo	Formaliza el Acta de la sesión recabando las firmas de los miembros del Comité e invitados.	Acta firmada de la sesión.	Artículo 73 segundo párrafo.

**ARTÍCULO 79.-** La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la Secretaría de la Contraloría del Estado de Campeche.

**ARTÍCULO 80.-** Las Disposiciones y procedimientos contenidos en el Manual a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse, cuando menos una vez al año por la Secretaría de la Contraloría, para efectos de su actualización de resultar procedente.

**ARTÍCULO 81.-** Los Órganos Fiscalizadores de las Dependencias y Entidades de la APE, vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de Mejora Continua.

### TRANSITORIOS

**PRIMERO.** - El presente Acuerdo Estatal entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Estado de Campeche.

**SEGUNDO.** - El cumplimiento a lo establecido en el presente Acuerdo se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que tengan asignados las Dependencias y Entidades de la APE, por lo que no implicará la creación de estructuras ni la asignación de recursos adicionales.

**Dado en San Francisco de Campeche, Estado de Campeche, a los 17 días del mes de octubre de 2017.**

**MTRA. LAURA LUNA GARCÍA, SECRETARIA DE LA CONTRALORÍA.- RÚBRICA.**



**Anexo 1. Puntos de Interés de las Normas Generales de Control Interno**

Normas Generales de Control Interno	Principios	Puntos de Interés	Elementos
<p>1.- Ambiente de control</p>	<p>1.1.- Mostrar actitud de respaldo y compromiso.- El Titular y la Administración deben tener una actitud de compromiso en lo general con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y actos contrarios a la integridad</p>	<p>1.1.1.- Actitud de Respaldo del Titular y la Administración.</p>	<p>1.1.1.1.- El Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.</p> <p>1.1.1.2.-El Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la Institución. En Instituciones grandes, los distintos niveles administrativos en la estructura organizacional también deben establecer la “actitud de respaldo de la Administración”.</p> <p>1.1.1.3.-Las directrices, actitudes y conductas del Titular y, en su caso, del Órgano de Gobierno deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la Institución.</p> <p>1.1.1.4.-La actitud de respaldo de los Titulares y la Administración puede ser un impulsor, como se muestra en los párrafos anteriores, o un obstáculo para el Control Interno.</p>
		<p>1.1.2.- Normas de conducta</p>	<p>1.1.2.1.-La Administración debe establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.</p> <p>1.1.2.2.-La Administración, con la supervisión del Titular o, en su caso, del Órgano de Gobierno, debe definir las expectativas que guarda la Institución respecto de los valores éticos en las normas de conducta.</p>
		<p>1.1.3.- Apego a las normas de conducta</p>	<p>1.1.3.1.-La Administración debe establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de conducta de la Institución y atender oportunamente cualquier desviación identificada.</p> <p>1.1.3.2.-La Administración debe utilizar las normas de conducta como base para evaluar el apego a la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			<p>toda la Institución.</p> <p>1.1.3.3.-La Administración debe determinar el nivel de tolerancia para las desviaciones. Puede establecer un nivel de tolerancia cero para el incumplimiento de ciertas normas de conducta, mientras que el incumplimiento de otras puede atenderse mediante advertencias a los servidores públicos, siempre atendiendo el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna, consistente y aplicando las leyes y reglamentos correspondientes.</p>
		1.1.4.- Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.	1.1.4.1.- La Administración debe articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de una línea ética o mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en la Institución, como parte del componente de Administración de Riesgos (con todos los elementos incluidos en dicho componente).
		1.1.5.- Cumplimiento, Supervisión y Actualización Continua del Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.	1.1.5.1.- La Administración debe asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada del programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad, medir si es suficiente y eficaz, y corregir sus deficiencias con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas a que esté sujeta.
	1.2.- Ejercer la responsabilidad de vigilancia. - El Titular y, en su caso, el Órgano de Gobierno, es responsable de vigilar el funcionamiento del Control Interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto.	1.2.1.- Estructura de Vigilancia.	1.2.1.1.- El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno, es responsable de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características de la Institución.
		1.2.2.- Responsabilidades del Titular o, en su caso, del Órgano de Gobierno.	1.2.1.2.- El Titular y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deben vigilar las operaciones de la Institución, ofrecer orientación constructiva a la Administración y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que la Institución logre sus objetivos en línea con el programa de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

		<p>1.2.3.- Requisitos de un Órgano de Gobierno o del Titular.</p>	<p>1.2.3.1.- En la selección del Titular y, en su caso, de los miembros del Órgano de Gobierno, se debe considerar el conocimiento necesario respecto de la Institución, los conocimientos especializados pertinentes, el número de miembros con que contará el Órgano de Gobierno y su neutralidad, independencia y objetividad técnica requeridos para cumplir con las responsabilidades de vigilancia en la Institución.</p> <p>1.2.3.2.- El Titular o, en su caso, los miembros del Órgano de Gobierno, deben comprender los objetivos de la Institución, sus riesgos asociados y las expectativas de sus grupos de interés.</p> <p>1.2.3.3.- El Titular o, en su caso, los miembros del Órgano de Gobierno, deben demostrar además la pericia requerida para vigilar, deliberar y evaluar el Control Interno de la Institución.</p> <p>1.2.3.4.- En la determinación del número de miembros que componen al Órgano de Gobierno, en su caso, se debe considerar la necesidad de incluir personal con otras habilidades especializadas, que permitan la discusión, ofrezcan orientación constructiva al Titular y favorezcan la toma de decisiones adecuadas.</p> <p>1.2.3.5.- La Institución debe considerar la inclusión de miembros independientes en el Órgano de Gobierno, en su caso, y cuando las disposiciones jurídicas y normativas aplicables lo permitan.</p>
		<p>1.2.4- Vigilancia General del Control Interno.</p>	<p>1.2.4.1.- El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del Control Interno realizado por la Administración. Las responsabilidades del Titular o del Órgano de Gobierno respecto del Control Interno son, entre otras, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ambiente de Control. Establecer y promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, así como la estructura de vigilancia, desarrollar expectativas de Competencia Profesional y mantener la rendición de cuentas ante el Titular o, en su caso, todos los miembros del Órgano de Gobierno y de las principales partes interesadas.</li><li>• Administración de Riesgos. Vigilar la evaluación de los riesgos que</li></ul>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			<p>amenazan el logro de las metas y objetivos institucionales, incluyendo el impacto potencial de los cambios significativos, la corrupción y la elusión (omisión) de controles por parte de cualquier servidor público.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Actividades de Control. Vigilar a la Administración en el desarrollo y ejecución de las actividades de control.</li><li>• Información y Comunicación. Analizar y discutir la información relativa al logro de las metas y objetivos institucionales.</li><li>• Supervisión. Examinar la naturaleza y alcance de las actividades de supervisión de la Administración, así como las evaluaciones realizadas por ésta y las acciones correctivas implementadas para remediar las deficiencias identificadas.</li></ul>
		1.2.5.- Corrección de deficiencias.	<p>1.2.5.1.- El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe proporcionar información a la Administración para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el Control Interno.</p> <p>1.2.5.2.- La Administración debe informar al Titular o, en su caso, al Órgano de Gobierno sobre aquellas deficiencias en el Control Interno identificadas.</p> <p>1.2.5.3.- El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.</p>
	1.3.- Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad. - El Titular debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservar la integridad y rendir cuentas de los	1.3.1.- Estructura Organizacional.	<p>1.3.1.1.- El Titular debe instruir a la Administración y, en su caso, a las unidades especializadas, el establecimiento de la estructura organizacional necesaria para permitir la planeación, ejecución, control y evaluación de la Institución en la consecución de sus objetivos.</p> <p>1.3.1.2.- La Administración debe desarrollar y actualizar la estructura organizacional con entendimiento de las responsabilidades generales, y debe asignarlas a las distintas unidades para que la Institución alcance sus objetivos de manera eficiente, eficaz y económica; brinde información confiable y de calidad; cumpla con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, y prevenga, disuada y detecte actos contrarios a la integridad.</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

	resultados alcanzados.		<p>1.3.1.3.- Como parte del establecimiento de una estructura organizacional actualizada, la Administración debe considerar el modo en que las unidades interactúan a fin de cumplir con sus responsabilidades.</p> <p>1.3.1.4.- La Administración debe evaluar periódicamente la estructura organizacional para asegurar que se alinea con los objetivos institucionales y que ha sido adaptada y actualizada a cualquier objetivo emergente, como nuevas leyes o regulaciones.</p>
		1.3.2.- Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad.	<p>1.3.2.1.- Para alcanzar los objetivos institucionales, el Titular debe asignar responsabilidad y delegar autoridad a los puestos clave a lo largo de la Institución.</p> <p>1.3.2.2.- La Administración debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada unidad, debe determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas y debe establecer dichos puestos.</p> <p>1.3.2.3.- El Titular debe determinar qué nivel de autoridad necesitan los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.</p>
		1.3.3.- Documentación y Formalización del Control Interno.	<p>1.3.3.1.- La Administración debe desarrollar y actualizar la documentación y formalización de su Control Interno.</p> <p>1.3.3.2.- La documentación y formalización efectiva del Control Interno apoya a la Administración en el diseño, implementación, operación y actualización de éste, al establecer y comunicar al personal el cómo, qué, cuándo, dónde y por qué del Control Interno.</p> <p>1.3.3.3.- La Administración debe documentar y formalizar el Control Interno para satisfacer las necesidades operativas de la Institución. La documentación de controles, incluidos los cambios realizados a éstos, es evidencia de que las actividades de control son identificadas, comunicadas a los responsables de su funcionamiento y que pueden ser supervisadas y evaluadas por la Institución.</p> <p>1.3.3.4.- La extensión de la documentación necesaria para respaldar el diseño, implementación y eficacia operativa de las cinco Normas Generales de Control</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			Interno depende del juicio de la Administración, del mandato institucional y de las disposiciones jurídicas aplicables.
	1.4.- Demostrar compromiso con la Competencia Profesional. - La Administración es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo.	1.4.1.- Expectativas de Competencia Profesional.	<p>1.4.1.1.- La Administración debe establecer expectativas de Competencia Profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar a la Institución a lograr sus objetivos.</p> <p>1.4.1.2.- La Administración debe contemplar los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada al establecer expectativas de Competencia Profesional para los puestos clave y para el resto del personal, a través de Políticas al interior del Sistema de Control Interno.</p> <p>1.4.1.3.- El personal debe poseer y mantener un nivel de Competencia Profesional que le permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia y eficacia del Control Interno. La Administración debe evaluar la Competencia Profesional del personal en toda la Institución.</p>
		1.4.2.-Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales.	1.4.2.1.- La Administración debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos de la Institución. Por lo tanto, debe seleccionar y contratar, capacitar, proveer orientación en el desempeño, motivación y reforzamiento del personal.
		1.4.3.- Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias.	<p>1.4.3.1.- La Administración debe definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos.</p> <p>1.4.3.2.- La Administración debe seleccionar y capacitar a los candidatos que asumirán los puestos clave. Si la Administración utiliza Servicios Tercerizados para cumplir con las responsabilidades asignadas a puestos clave, debe evaluar si éstos pueden continuar con los puestos clave y debe identificar otros Servicios Tercerizados para tales puestos.</p> <p>1.4.3.3.- La Administración debe definir los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación.</p>
	1.5.- Establecer la estructura para el	1.5.1.- Establecimiento de la	1.5.1.1.- La Administración debe establecer y mantener una estructura que



**GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE**



**NORM@TECAM**

	<p>reforzamiento de la rendición de cuentas. - La Administración debe evaluar el desempeño del Control Interno en la Institución y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en el Sistema de Control Interno Institucional.</p>	<p>Estructura para Responsabilizar al Personal por sus Obligaciones de Control Interno.</p>	<p>permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones específicas en materia de Control Interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe evaluar y responsabilizar a la Administración por el desempeño de sus funciones en materia de Control Interno.</p> <p>1.5.1.2.- En caso de que la Administración establezca incentivos para el desempeño del personal, debe reconocer que tales estímulos pueden provocar consecuencias no deseadas, por lo que debe evaluarlos a fin de que se encuentren alineados a los principios éticos y normas de conducta de la Institución.</p> <p>1.5.1.3.- La Administración debe responsabilizar a las organizaciones de servicios que contrate por las funciones de Control Interno relacionadas con las actividades tercerizadas que realicen.</p> <p>1.5.1.4.- La Administración, bajo la supervisión del Titular o, en su caso, del Órgano de Gobierno debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas.</p>
		<p>1.5.2.- Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal.</p>	<p>1.5.2.1.- La Administración debe equilibrar las presiones excesivas sobre el personal de la Institución.</p> <p>1.5.2.2.- La Administración es responsable de evaluar las presiones sobre el personal para ayudar a los empleados a cumplir con sus responsabilidades asignadas, en alineación con las normas de conducta, los principios éticos y el programa de promoción de la integridad.</p>
<p>2.- Administración de Riesgos</p>	<p>2.1.- Definir Metas y Objetivos institucionales. - El Titular, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos, a través de un plan estratégico que, de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando</p>	<p>2.1.1.- Definición de objetivos</p>	<p>2.1.1.1.- La Administración debe definir objetivos en términos específicos y medibles para permitir el diseño del Control Interno y sus riesgos asociados.</p> <p>2.1.1.2.- La Administración debe definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles en la Institución. La definición de los objetivos debe realizarse en alineación con el mandato, la misión y visión institucional, con su plan estratégico y con otros</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

	<p>su alineación al Plan Nacional de Desarrollo y a los Programas Institucionales, Sectoriales y Especiales.</p>		<p>planes y programas aplicables, así como con las metas de desempeño.</p> <p>2.1.1.3.- La Administración debe definir objetivos en términos medibles cuantitativa y/o cualitativamente de manera que se pueda evaluar su desempeño.</p> <p>2.1.1.4.- La Administración debe considerar los requerimientos externos y las expectativas internas al definir los objetivos que permiten el diseño del Control Interno.</p> <p>2.1.1.5.- La Administración debe evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas de la Institución, así como con el Plan Nacional de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Institucionales, Especiales y demás planes, programas y disposiciones aplicables.</p> <p>2.1.1.6.- La Administración debe determinar si los instrumentos e Indicadores de Desempeño para los objetivos establecidos son apropiados para evaluar el desempeño de la Institución.</p>
	<p>2.2.- Identificar, analizar y responder a los riesgos. - La Administración, debe identificar riesgos en todos los procesos institucionales, analizar su relevancia y diseñar acciones suficientes para responder a éstos y asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados al personal de la Institución, mediante las Líneas de Reporte y autoridad establecidas.</p>	<p>2.2.1.- Identificación de Riesgos.</p>	<p>2.2.1.1.- La Administración debe identificar riesgos en toda la Institución para proporcionar una base para analizarlos, diseñar respuestas y determinar si están asociados con el mandato institucional, su plan estratégico, los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Institucionales y Especiales y demás planes y programas aplicables de acuerdo con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica, y de conformidad con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.</p> <p>2.2.1.2.- Para identificar riesgos, la Administración debe considerar los tipos de eventos que impactan a la Institución. Esto incluye tanto el Riesgo inherente como el Riesgo residual. El Riesgo inherente es el Riesgo que enfrenta la Institución cuando la Administración no responde ante el riesgo. El Riesgo residual es el Riesgo que permanece después de la respuesta de la Administración al Riesgo inherente. La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos puede causar deficiencias graves en el Control Interno.</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			2.2.1.3.- La Administración debe considerar todas las interacciones significativas dentro de la Institución y con las partes externas, cambios y otros factores tanto internos como externos, para identificar riesgos en toda la Institución.
		2.2.2.- Análisis de riesgos	<p>2.2.2.1.- La Administración debe analizar los riesgos identificados para estimar su relevancia, lo cual provee la base para responder a éstos. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos.</p> <p>2.2.2.2.- La Administración debe estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel Institución como a nivel transacción. La Administración debe estimar la importancia de un Riesgo al considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza del riesgo.</p> <p>2.2.2.3.- Los riesgos pueden ser analizados sobre bases individuales o agrupadas dentro de categorías de riesgos asociados, los cuales son analizados de manera colectiva. La Administración debe considerar la correlación entre los distintos riesgos o grupos de riesgos al estimar su relevancia.</p>
		2.2.3.- Respuesta a los riesgos	<p>2.2.3.1.- La Administración debe diseñar respuestas a los riesgos analizados de tal modo que éstos se encuentren debidamente controlados para asegurar razonablemente el cumplimiento de sus objetivos.</p> <p>2.2.3.2.- Con base en la respuesta al Riesgo seleccionada, la Administración debe diseñar acciones específicas de atención, como un programa de trabajo de Administración de Riesgos, el cual proveerá mayor garantía de que la Institución alcanzará sus objetivos. La Administración debe efectuar evaluaciones periódicas de riesgos con el fin de asegurar la efectividad de las acciones de control propuestas para mitigarlos.</p>
	2.3.- Considerar el Riesgo de Corrupción.- La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso,	2.3.1.- Tipos de Corrupción.	<p>2.3.1.1.- La Administración debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la Institución, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. Entre los tipos de corrupción más comunes se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Informes Financieros Fraudulentos. Consistentes en errores intencionales u</li></ul>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

	<p>desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos asociados, principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos.</p>		<p>omisiones de cantidades o revelaciones en los estados financieros para engañar a los usuarios de los estados financieros.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apropiación indebida de activos. Entendida como el robo de activos de la Institución. Esto podría incluir el robo de la propiedad, la malversación de los ingresos o pagos fraudulentos.</li><li>• Conflicto de interés. Cuando los intereses personales, familiares o de negocios de un servidor público puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, comisiones o funciones.</li><li>• Utilización de los recursos asignados y las facultades atribuidas para fines distintos a los legales.</li><li>• Pretensión del servidor público de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la Institución le otorga por el desempeño de su función.</li><li>• Participación indebida del servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para un tercero.</li><li>• Aprovechamiento del cargo o comisión del servidor público para inducir a que otro servidor público o tercero efectúe, retrase u omite realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para un tercero.</li><li>• Coalición con otros servidores públicos o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.</li><li>• Intimidación del servidor público o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.</li><li>• Tráfico de influencias. Consistente en que el servidor público utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otro servidor público efectúe, retrase u omite realizar algún acto de su</li></ul>
--	---	--	--



			<p>competencia, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. Cuando en el ejercicio de sus funciones, el servidor público llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.</li><li>• Peculado. Cuando el servidor público autorice, solicite o realice actos para el uso o apropiación para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte, de recursos públicos, sean materiales, humanos o financieros, sin fundamento jurídico o en contraposición a las normas aplicables.</li></ul> <p>2.3.1.2.- Además de la corrupción, la Administración debe considerar que pueden ocurrir otras transgresiones a la integridad, por ejemplo: el desperdicio de recursos de manera exagerada, extravagante o sin propósito; o el abuso de autoridad; o el uso del cargo para la obtención de un beneficio ilícito para sí o para un tercero.</p>
		2.3.2.- Factores de Riesgo de Corrupción.	<p>2.3.2.1.- La Administración debe considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren.</p> <p>2.3.2.1.- La Administración al utilizar el abuso, desperdicio y otras irregularidades como factores de riesgos de corrupción, debe considerar que cuando uno o más de estos están presentes podría indicar un Riesgo de corrupción y que puede ser mayor cuando los tres factores están presentes. También se debe utilizar la información provista por partes internas y externas</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			para identificar los riesgos de corrupción.
		2.3.3.- Respuesta a los riesgos de corrupción.	<p>2.3.3.1.- La Administración debe analizar y responder a los riesgos de corrupción, a fin de que sean efectivamente mitigados. Estos riesgos deben ser analizados por su relevancia, tanto individual como en su conjunto, mediante el mismo proceso de análisis de riesgos efectuado para todos los demás riesgos identificados.</p> <p>2.3.3.2.- La Administración debe responder a los riesgos de corrupción, mediante el mismo proceso de respuesta general y acciones específicas para atender todos los riesgos institucionales analizados. Esto posibilita la implementación de controles anti-corrupción en la Institución. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre el personal para mejorar la segregación de funciones.</p>
	<p>2.4.- Identificar, analizar y responder al cambio. - La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el Control Interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y/o surgir nuevos riesgos.</p> <p>Los cambios internos incluyen modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología. Los cambios externos refieren al entorno gubernamental, económico, tecnológico, legal, regulatorio y físico. Los cambios significativos identificados deben ser comunicados al personal adecuado de</p>	2.4.1.- Identificación del Cambio.	<p>2.4.1.1.- En la Administración de Riesgos o un proceso similar, la Administración debe identificar cambios que puedan impactar significativamente al Control Interno. La identificación, análisis y respuesta al cambio es parte del proceso regular de Administración de Riesgos.</p> <p>2.4.1.2.- La Administración debe prevenir y planear acciones ante cambios significativos en las condiciones internas (modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología) y externas (cambios en los entornos gubernamentales, económicos, tecnológicos, legales, regulatorios y físicos).</p>
		2.4.2.- Análisis y Respuesta al Cambio.	<p>2.4.2.1.- La Administración debe analizar y responder a los cambios identificados y a los riesgos asociados con éstos, con el propósito de mantener un Control Interno apropiado.</p> <p>2.4.2.1.- Las condiciones cambiantes usualmente generan nuevos riesgos o cambios a los riesgos existentes, los cuales deben ser evaluados para identificar, analizar y responder a cualquiera de éstos.</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

	la Institución mediante las Líneas de Reporte y autoridad establecidas.		
3.- Actividades de control	3.1.- Diseñar actividades de control. - La Administración debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos institucionales, incluyendo los riesgos de corrupción.	3.1.1.- Respuesta a los Objetivos y Riesgos.	3.1.1.1.- La Administración debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un Control Interno eficaz y apropiado.
		3.1.2.- Diseño de Actividades de Control Apropiadas.	<p>3.1.2.1.- La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del Control Interno, las cuales ayudan al Titular y a la Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del Control Interno. A continuación, se presentan de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la Institución:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones por la Administración del desempeño actual, a nivel función o actividad.</li> <li>• Administración del capital humano.</li> <li>• Controles sobre el procesamiento de la información.</li> <li>• Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.</li> <li>• Establecimiento y revisión de normas e Indicadores de Desempeño.</li> <li>• Segregación de funciones.</li> <li>• Ejecución apropiada de transacciones.</li> <li>• Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.</li> <li>• Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos.</li> <li>• Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el Control Interno.</li> </ul> <p>3.1.2.2.- Las actividades de control pueden ser preventivas o detectivas. La primera se dirige a evitar que la Institución falle en lograr un objetivo o enfrentar un Riesgo y la segunda descubre antes de que concluya la operación cuándo la Institución no está alcanzando un objetivo o enfrentando un riesgo, y corrige las acciones para ello.</p> <p>3.1.2.3.- La Administración debe evaluar el propósito de las actividades de</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			<p>control, así como el efecto que una deficiencia tiene en el logro de los objetivos institucionales. Si tales actividades cumplen un propósito significativo o el efecto de una deficiencia en el control sería relevante para el logro de los objetivos, la Administración debe diseñar actividades de control tanto preventivas como detectivas para esa transacción, proceso, Unidad Administrativa o función.</p> <p>3.1.2.4.- Las actividades de control deben implementarse ya sea de forma automatizada o manual, considerando que las automatizadas tienden a ser más confiables, ya que son menos susceptibles a errores humanos y suelen ser más eficientes. Si las operaciones en la Institución descansan en tecnologías de información, la Administración debe diseñar actividades de control para asegurar que dichas tecnologías se mantienen funcionando correctamente y son apropiadas para el tamaño, características y mandato de la Institución.</p>
		3.1.3.- Diseño de Actividades de Control en varios niveles.	<p>3.1.3.1.- La Administración debe diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.</p> <p>3.1.3.2.- La Administración debe diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos y los riesgos en las operaciones, así como a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la Institución cumpla con sus objetivos y conduzca los riesgos relacionados.</p> <p>3.1.3.3.- Los Controles a Nivel Institución tienen un efecto generalizado en el Control Interno y pueden relacionarse con más de una de las Normas Generales.</p> <p>3.1.3.4.- Las actividades de control a nivel transacción son acciones integradas directamente en los procesos operativos para contribuir al logro de los objetivos y enfrentar los riesgos asociados, las cuales pueden incluir verificaciones, conciliaciones, autorizaciones y aprobaciones, controles físicos y supervisión.</p> <p>3.1.3.5.- Al elegir entre actividades de control a nivel Institución o de transacción, la Administración debe evaluar el nivel de precisión necesario para que la Institución cumpla con sus objetivos y enfrente los riesgos relacionados, considerando el propósito de las actividades de control, su nivel de agregación,</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			la regularidad del control y su correlación directa con los procesos operativos pertinentes.
		3.1.4.- Segregación de Funciones.	<p>3.1.4.1.- La Administración debe considerar la segregación de funciones en el diseño de las responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean segregadas y, cuando dicha segregación no sea práctica, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.</p> <p>3.1.4.2.- La segregación de funciones contribuye a prevenir corrupción, desperdicio y abusos en el Control Interno. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades, incompatibles entre sí, las realiza un solo servidor público, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al Riesgo de colusión en el que dos o más servidores públicos se confabulan para eludir los controles.</p> <p>3.1.4.3.- Si la segregación de funciones no es práctica en un proceso operativo debido a personal limitado u otros factores, la Administración debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar el Riesgo de corrupción, desperdicio o abuso en los procesos operativos.</p>
	3.2.- 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.	3.2.1.- Desarrollo de los Sistemas de Información.	<p>3.2.1.1.- La Administración debe desarrollar los sistemas de información de la Institución de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.</p> <p>3.2.1.2.- La Administración debe desarrollar los sistemas de información para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos. Dichos sistemas contribuyen a alcanzar los objetivos institucionales y a responder a los riesgos asociados. Un Sistema de Información se integra por el personal, los procesos, los datos y la tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información. Un Sistema de Información debe incluir tanto procesos manuales como automatizados. Los procesos automatizados se conocen comúnmente como las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC's).</p> <p>3.2.1.3.- La Administración debe desarrollar los sistemas de información y el uso</p>



NORM@TECAM

			<p>de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la Institución. Las TIC's permiten que la información relacionada con los procesos operativos esté disponible de la forma más oportuna y confiable para la Institución. Adicionalmente, las TIC's pueden fortalecer el Control Interno sobre la seguridad y la confidencialidad de la información mediante una adecuada restricción de accesos. Aunque las TIC's conllevan tipos específicos de actividades de control, no representan una consideración de control "independiente", sino que son parte integral de la mayoría de las actividades de control.</p> <p>3.2.1.4.- La Administración también debe evaluar los objetivos de procesamiento de información: integridad, exactitud y validez, para satisfacer las necesidades de información definidas.</p>
		3.2.2.- Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropriadas.	<p>3.2.2.1.- La Administración debe diseñar actividades de control apropiados en los sistemas información para garantizar la cobertura de los objetivos de procesamiento de la información en los procesos operativos. En los sistemas de información, existen dos tipos principales de actividades de control: generales y de aplicación.</p> <p>3.2.2.2.- Los Controles generales (a nivel Institución, de sistemas y de aplicaciones) son las políticas y procedimientos que se aplican a la totalidad o a un segmento de los sistemas de información. Los Controles generales fomentan el buen funcionamiento de los sistemas de información mediante la creación de un entorno apropiado para el correcto funcionamiento de los controles de aplicación. Los Controles generales deben incluir la Administración de la seguridad, acceso lógico y físico, Administración de la configuración, segregación de funciones, planes de continuidad y planes de recuperación de desastres, entre otros.</p> <p>3.2.2.3 Los controles de aplicación, a veces llamados controles de procesos de operación, son los controles que se incorporan directamente en las aplicaciones informáticas para contribuir a asegurar la validez, integridad, exactitud y confidencialidad de las transacciones y los datos durante el proceso de las aplicaciones. Los controles de aplicación deben incluir las entradas, el procesamiento, las salidas, los archivos maestros, las interfaces y los controles</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			para los sistemas de Administración de datos, entre otros.
		3.2.3.- Diseño de la Infraestructura de las TIC's.	<p>3.2.3.1.- La Administración debe diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de TIC's. Las TIC's requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad. La infraestructura de TIC's de la Institución puede ser compleja y puede ser compartida por diferentes unidades dentro de la misma o tercerizada. La Administración debe evaluar los objetivos de la Institución y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's.</p> <p>3.2.3.2.- La Administración debe mantener la evaluación de los cambios en el uso de las TIC's y debe diseñar nuevas actividades de control cuando estos cambios se incorporan en la infraestructura de las TIC's. La Administración también debe diseñar actividades de control necesarias para mantener la infraestructura de las TIC's. El mantenimiento de la tecnología debe incluir los procedimientos de respaldo y recuperación de la información, así como la continuidad de los planes de operación, en función de los riesgos y las consecuencias de una interrupción total o parcial de los sistemas de energía, entre otros.</p>
		3.2.4.- Diseño de la Administración de la Seguridad.	<p>3.2.4.1.- La Administración debe diseñar actividades de control para la gestión de la seguridad sobre los sistemas de información con el fin de garantizar el acceso adecuado, de fuentes internas y externas a éstos. Los objetivos para la gestión de la seguridad deben incluir la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.</p> <p>3.2.4.2.- La gestión de la seguridad debe incluir los procesos de información y las actividades de control relacionadas con los permisos de acceso a las TIC's, incluyendo quién tiene la capacidad de ejecutar transacciones. La gestión de la seguridad debe incluir los permisos de acceso a través de varios niveles de datos, el sistema operativo (software del sistema), la red de comunicación, aplicaciones y segmentos físicos, entre otros. La Administración debe diseñar</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			<p>las actividades de control sobre permisos para proteger a la Institución del acceso inapropiado y el uso no autorizado del sistema.</p> <p>3.2.4.3.- La Administración debe evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's tanto de fuentes internas como externas.</p> <p>3.2.4.4.- La Administración debe diseñar actividades de control para limitar el acceso de los usuarios a las TIC's a través de controles como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de usuarios.</p>
		3.2.5.- Diseño de la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC's.	<p>3.2.5.1.- La Administración debe diseñar las actividades de control para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's. La Administración puede utilizar un modelo de Ciclo de Vida del Desarrollo de Sistemas (CVDS) en el diseño de las actividades de control. El CVDS proporciona una estructura para un nuevo diseño de las TIC's al esbozar las fases específicas y documentar los requisitos, aprobaciones y puntos de revisión dentro de las actividades de control sobre la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la tecnología.</p> <p>3.2.5.2.- La Administración puede adquirir software de TIC's, por lo que debe incorporar metodologías para esta acción y debe diseñar actividades de control sobre su selección, desarrollo continuo y mantenimiento. Las actividades de control sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.</p> <p>3.2.5.3.- La contratación de Servicios Tercerizados para el desarrollo de las TIC's es otra alternativa y la Administración también debe evaluar los riesgos que su utilización representa para la integridad, exactitud y validez de la información presentada a los Servicios Tercerizados y ofrecida por éstos.</p>
	3.3.- Implementar Actividades de Control.- La Administración debe poner en operación políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.	3.3.1.- Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de Políticas.	<p>3.3.1.1.- La Administración debe documentar, a través de políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de Control Interno en la Institución.</p> <p>3.3.1.2.- La Administración debe documentar mediante políticas para cada unidad su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de sus riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la</p>



**GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE**



**NORM@TECAM**

			<p>implementación de los controles y de su eficacia operativa.</p> <p>3.3.1.3.- El personal de las unidades que ocupa puestos clave puede definir con mayor amplitud las políticas a través de los procedimientos del día a día, dependiendo de la frecuencia del cambio en el entorno operativo y la complejidad del proceso operativo. La Administración debe comunicar al personal las políticas y procedimientos para que éste pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas.</p>
		3.3.2.- Revisiones Periódicas a las Actividades de Control.	3.3.2.1.- La Administración debe revisar periódicamente las políticas, procedimientos y actividades de control asociadas para mantener la relevancia y eficacia en el logro de los objetivos o en el enfrentamiento de sus riesgos.
4.- Información y comunicación	4.1.- Usar Información relevante y de calidad. - La Administración debe implementar los medios necesarios para que las Unidades Administrativas generen y utilicen información relevante y de calidad, que contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales y den soporte al Sistema de Control Interno Institucional.	4.1.1.- Identificación de los Requerimientos de Información.	<p>4.1.1.1.- La Administración debe diseñar un proceso que considere los objetivos institucionales y los riesgos asociados a éstos, para identificar los requerimientos de información necesarios para alcanzarlos y enfrentarlos, respectivamente. Estos requerimientos deben considerar las expectativas de los usuarios internos y externos.</p> <p>4.1.1.2.- La Administración debe identificar los requerimientos de información en un proceso continuo que se desarrolla en todo el Control Interno. Conforme ocurre un cambio en la Institución, en sus objetivos y riesgos, la Administración debe modificar los requisitos de información según sea necesario para cumplir con los objetivos y hacer frente a los riesgos modificados.</p>
		4.1.2.- Datos Relevantes de Fuentes Confiables.	4.1.2.1.- La Administración debe obtener datos relevantes de fuentes confiables internas y externas, de manera oportuna, y en función de los requisitos de información identificados y establecidos. Los datos relevantes tienen una conexión lógica con los requisitos de información identificados y establecidos. Las fuentes internas y externas confiables proporcionan datos que son razonablemente libres de errores y sesgos.
		4.1.3.- Datos Procesados en Información de Calidad.	<p>4.1.3.1.- La Administración debe procesar los datos obtenidos y transformarlos en Información de Calidad que apoye al Control Interno.</p> <p>4.1.3.2.- La Administración debe procesar datos relevantes a partir de fuentes</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			confiables y transformarlos en Información de Calidad dentro de los sistemas de información de la Institución.
	<p>4.2.- Comunicar Internamente. - La Administración es responsable de que las áreas o Unidades Administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.</p>	<p>4.2.1.- Comunicación en toda la Institución.</p>	<p>4.2.1.1.- La Administración debe comunicar Información de Calidad en toda la Institución utilizando las Líneas de Reporte y autoridad establecidas. Tal información debe comunicarse hacia abajo, lateralmente y hacia arriba, mediante Líneas de Reporte, es decir, en todos los niveles de la Institución.</p> <p>4.2.1.2.- La Administración debe comunicar Información de Calidad hacia abajo y lateralmente a través de las Líneas de Reporte y autoridad para permitir que el personal desempeñe funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al Control Interno.</p> <p>4.2.1.3.- La Administración debe recibir Información de Calidad sobre los procesos operativos de la Institución, la cual fluye por las Líneas de Reporte y autoridad apropiadas para que el personal apoye a la Administración en la consecución de los objetivos institucionales.</p> <p>4.2.1.4.- El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe recibir Información de Calidad que fluya hacia arriba por las Líneas de Reporte, proveniente de la Administración y demás personal. La información relacionada con el Control Interno que es comunicada al Titular o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de Control Interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del Control Interno.</p> <p>4.2.1.5.- Cuando las Líneas de Reporte directas se ven comprometidas, el personal utiliza líneas separadas para comunicarse de manera ascendente. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales, pueden requerir a las Instituciones establecer líneas de comunicación separadas, como líneas éticas de denuncia, para la comunicación de información confidencial o sensible.</p>
		<p>4.2.2.- Métodos Apropriados de Comunicación.</p>	<p>4.2.2.1.- La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse internamente y considerar una serie de factores en la selección de los métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: la</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			<p>audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, los requisitos legales o reglamentarios, el costo para comunicar la información, y los requisitos legales o reglamentarios.</p> <p>4.2.2.2.- La Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o en formato electrónico, o reuniones con el personal. Asimismo, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la Institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar internamente Información de Calidad de manera oportuna.</p>
	<p>4.3.- Comunicar Externamente. - La Administración es responsable de que las áreas o Unidades Administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante.</p>	<p>4.3.1.- Comunicación con Partes Externas.</p>	<p>4.3.1.1.- La Administración debe comunicar a las partes externas, y obtener de éstas, Información de Calidad, utilizando las Líneas de Reporte establecidas. Las líneas abiertas y bidireccionales de reporte con partes externas permiten esta comunicación. Las partes externas incluyen, entre otros, a los proveedores, contratistas, Servicios Tercerizados, reguladores, auditores externos, Instituciones gubernamentales y el público en general.</p> <p>4.3.1.2.- La Administración debe comunicar Información de Calidad externamente a través de las Líneas de Reporte. De ese modo, las partes externas pueden contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y a enfrentar sus riesgos asociados. La Administración debe incluir en esta información la comunicación relativa a los eventos y actividades que impactan el Control Interno.</p> <p>4.3.1.3.- La Administración debe recibir información externa a través de las Líneas de Reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Administración debe incluir los asuntos significativos relativos a los riesgos, cambios o problemas que afectan al Control Interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para el funcionamiento eficaz y apropiado del Control Interno.</p> <p>4.3.1.4.- El Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe recibir información de partes externas a través de las Líneas de Reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada al Titular o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			<p>que impactan al Control Interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del Control Interno.</p> <p>4.3.1.5.- Cuando las Líneas de Reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas para comunicarse con la Institución. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales pueden requerir a las Instituciones establecer líneas separadas de comunicación, como líneas éticas de denuncia, para comunicar información confidencial o sensible. La Administración debe informar a las partes externas sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información.</p>
		4.3.2.- Métodos Apropriados de Comunicación.	<p>4.3.2.1.- La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse externamente. Asimismo, debe considerar una serie de factores en la selección de métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo, y los requisitos legales o reglamentarios.</p> <p>4.3.2.2.- Con base en la consideración de los factores, la Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o formato electrónico, o reuniones con el personal. De igual manera, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la Institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente Información de Calidad de manera oportuna.</p> <p>4.3.2.3.- Las Instituciones deben informar sobre su desempeño a las instancias y autoridades que correspondan, de acuerdo con las disposiciones aplicables. Adicionalmente, deben rendir cuentas a la ciudadanía sobre su actuación y desempeño.</p>
5.- Supervisión y Mejora Continua	5.1.- Realizar actividades de supervisión.- La Administración implementará actividades para la adecuada supervisión del Control Interno y la evaluación de sus	5.1.1.- Establecimiento de Bases de Referencia.	5.1.1.1.- La Administración debe establecer bases de referencia para supervisar el Control Interno, comparando su estado actual contra el diseño efectuado por la Administración. Dichas bases representarán la diferencia entre los criterios de diseño del Control Interno y su estado en un punto específico en el tiempo, por lo que deberán revelar las debilidades y deficiencias detectadas en el Control



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

	<p>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 Institución y su entorno.</p>		<p>Interno de la Institución.</p> <p>5.1.1.2.- Una vez establecidas las bases de referencia, la Administración debe utilizarlas como criterio en la evaluación del Control Interno, y cuando existan diferencias entre las bases y las condiciones reales realizar los cambios necesarios para reducirlas, ajustando el diseño del Control Interno y enfrentar mejor los objetivos y los riesgos institucionales o mejorar la eficacia operativa del Control Interno. Como parte de la supervisión, la Administración debe determinar cuándo revisar las bases de referencia, mismas que servirán para las evaluaciones de Control Interno subsecuentes.</p>
		<p>5.1.2.- Supervisión del Control Interno.</p>	<p>5.1.2.1.- La Administración debe supervisar el Control Interno a través de autoevaluaciones y evaluaciones independientes. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones de la Institución, se realizan continuamente y responden a los cambios. Las evaluaciones independientes se utilizan periódicamente y pueden proporcionar información respecto de la eficacia e idoneidad de las autoevaluaciones.</p> <p>5.1.2.2.- La Administración debe realizar autoevaluaciones al diseño y eficacia operativa del Control Interno como parte del curso normal de las operaciones, en donde se deben incluir actividades de supervisión permanente por parte de la Administración, comparaciones, conciliaciones y otras acciones de rutina, así como herramientas automatizadas, las cuales permiten incrementar la objetividad y la eficiencia de los resultados mediante la recolección electrónica de las autoevaluaciones a los controles y transacciones.</p> <p>5.1.2.3.- La Administración puede incorporar evaluaciones independientes para supervisar el diseño y la eficacia operativa del Control Interno en un momento determinado, o de una función o proceso específico. El alcance y la frecuencia de las evaluaciones independientes dependen, principalmente, de la Administración de Riesgos, la eficacia del monitoreo permanente y la frecuencia</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

			<p>de cambios dentro de la Institución y en su entorno.</p> <p>5.1.2.4.- Las evaluaciones independientes también incluyen auditorías y otras evaluaciones que pueden implicar la revisión del diseño de los controles y la prueba directa a la implementación del Control Interno.</p> <p>5.1.2.5.- La Administración conserva la responsabilidad de supervisar si el Control Interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los Servicios Tercerizados. También debe utilizar autoevaluaciones, las evaluaciones independientes o una combinación de ambas para obtener una Seguridad Razonable sobre la eficacia operativa de los controles internos sobre los procesos asignados a los Servicios Tercerizados.</p>
		5.1.3.- Evaluación de Resultados.	<p>5.1.3.1.- La Administración debe evaluar y documentar los resultados de las autoevaluaciones y de las evaluaciones independientes para identificar problemas en el Control Interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar si el Control Interno es eficaz y apropiado.</p> <p>5.1.3.2.- La Administración debe identificar los cambios que han ocurrido en el Control Interno, derivados de modificaciones en la Institución y en su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Administración a identificar problemas en el Control Interno como son las quejas o denuncias de la ciudadanía y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos.</p>
	5.2.- Evaluar los problemas y corregir las deficiencias.- Todos los servidores públicos de la Institución deben comunicar las deficiencias y problemas de Control Interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como al Titular, a la	5.2.1.- Informe sobre Problemas.	<p>5.2.1.1.- Todo el personal debe reportar a las partes internas y externas adecuadas los problemas de Control Interno que haya detectado, mediante las Líneas de Reporte establecidas, para que la Administración, las unidades especializadas, en su caso, y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones.</p> <p>5.2.1.2.- El personal puede identificar problemas de Control Interno en el desempeño de sus responsabilidades. Asimismo, debe comunicar estas</p>



GOBIERNO DEL ESTADO  
DE CAMPECHE



NORM@TECAM

	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 Institución.		<p>cuestiones internamente al personal en la función clave, responsable del Control Interno o proceso asociado y, cuando sea necesario, a otro de un nivel superior a dicho responsable. Dependiendo de la naturaleza de los temas, el personal puede considerar informar determinadas cuestiones al Órgano de Gobierno o, en su caso, al Titular.</p> <p>5.2.1.3.- En función de los requisitos legales o de cumplimiento, la Institución también puede requerir informar de los problemas a los terceros pertinentes, tales como legisladores, reguladores, organismos normativos y demás encargados de la emisión de criterios y disposiciones normativas a las que la Institución está sujeta.</p>
		5.2.2.- Evaluación de Problemas.	5.2.2.1.- La Administración debe evaluar y documentar los problemas de Control Interno y debe determinar las acciones correctivas apropiadas para hacer frente oportunamente a los problemas y deficiencias detectadas. Adicionalmente, puede asignar responsabilidades y delegar autoridad para la apropiada remediación de las deficiencias de Control Interno.
		5.2.3.- Acciones Correctivas.	5.2.3.1.- La Administración debe poner en práctica y documentar en forma oportuna las acciones para corregir las deficiencias de Control Interno. Dependiendo de la naturaleza de la deficiencia, el Titular o la Administración, o el Órgano de Gobierno, en su caso, deben revisar la pronta corrección de las deficiencias, comunicar las medidas correctivas al nivel apropiado de la estructura organizativa, y delegar al personal apropiado la autoridad y responsabilidad para realizar las acciones correctivas.