AÑO C, TOMO I
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
MARTES 05 DE SEPTIEMBRE DE 2017
EDICIÓN EXTRAORDINARIA
100 EJEMPLARES
28 PAGINAS

PLAN DE San Luis

PERIODICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO

2017, "Un Siglo de las Constituciones"

INDICE

Responsable:
SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO

Director:
OSCAR IVÁN LEÓN CALVO

PERFECTO AMEZQUITA No.101 2° PISO
FRACC. TANGAMANGA CP 78269
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

Actual $ 18.87
Atrasado $ 37.75
Otros con base a su costo a criterio de la Secretaria de Finanzas

Directorio

Juan Manuel Carreras López
Gobernador Constitucional del Estado
de San Luis Potosí

Alejandro Leal Tovías
Secretario General de Gobierno

Oscar Iván León Calvo
Director

STAFF

Miguel Romero Ruiz Esparza
Subdirector

Miguel Ángel Martínez Camacho
Jefe de Diseño y Edición

Distribución
José Rivera Estrada

Para cualquier publicación oficial es necesario presentar oficio de solicitud para su autorización dirigido a la Secretaría General de Gobierno, original del documento, disco compacto (formato Word o Excel para windows , ***NO* imagen, *NI* PDF**).

Para publicaciones de Avisos Judiciales, Convocatorias, Balances, etc., realizar el pago de Derechos en las Cajas Recaudadoras de la Secretaría de Finanzas y acompañar en original y copia fotostática, recibo de pago y documento a publicar y en caso de balances acompañar con disco compacto (formato Word o Excel para windows, ***NO* imagen, *NI* PDF**).

Avisos Judiciales, Convocatorias, Balances, etc. son considerados Ediciones Ordinarias.

Los días Martes y Jueves, publicación de licitaciones, presentando documentación con dos días hábiles de anticipación.

La recepción de los documentos a publicar será en esta Dirección de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 horas.

NOTA: Los documentos a publicar deberán presentarse con la **debida anticipación.**

*** El número de Edicto y las fechas que aparecen al pie de cada edicto son únicamente para control interno de ésta Dirección del Periódico Oficial del Gobierno del Estado "Plan de San Luis"**, debiéndose por lo tanto tomar como fecha oficial la publicada tanto en la portada del Periódico como en los encabezados de cada página.

Este medio informativo aparece ordinariamente los días Lunes, Miércoles, Viernes y extraordinariamente cuando así se requiera.

REGISTRO POSTAL
IMPRESOS DEPOSITADOS POR SUS
EDITORES O AGENTES
CR-SLP-002-99

Poder Ejecutivo del Estado

Contraloría General

José Gabriel Rosillo Iglesias**,** Contralor General del Estado, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 82 y 84 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, 1°, 3° fracción I inciso d), 18, 20, 31 fracción XVI, 43 y 44 fracciones I, II, III, XXII y XL de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado, 1°, 3° fracción I, 5° y 6° del Reglamento Interior de la Contraloría General del Estado y

CONSIDERANDO

Que el Plan Estatal de Desarrollo en la vertiente 5.2 Prevención y Combate a la Corrupción, consideró que con el nuevo Sistema Estatal Anticorrupción, se deberá desarrollar un modelo de control interno más eficaz y eficiente, que permita tener un mejor desempeño de los programas y acciones gubernamentales, y asegurar un uso efectivo de los recursos, considerando como Línea de Acción para ello, el fortalecer el Sistema Estatal de Control y Evaluación, partiendo de un nuevo modelo de control interno y los protocolos de auditoría.

Que el Sistema Nacional de Fiscalización (SNF), integrado por la Secretaría de la Función Pública, las Entidades de Fiscalización Superior Locales, las Contralorías Estatales del país y la Auditoría Superior de la Federación, considera como uno de sus objetivos impulsar adecuaciones a las disposiciones jurídicas tendientes a fortalecer la aplicación de los recursos presupuestales y de los fondos federales, así como cambios estructurales en el ámbito jurídico que permitan incorporar mejores prácticas en la gestión gubernamental.

Que en fecha 24 de noviembre de 2016, se publicó en el Periódico Oficial del Estado, el Acuerdo Administrativo mediante el cual se establece el Marco Integrado de Control Interno para el sector público acordado por el Sistema Nacional de Fiscalización, como el modelo estatal a implementarse por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí, a fin de observar y cumplir con los criterios que el mismo establece relativos a evaluar el diseño, la implementación y la eficacia operativa del Control Interno en las instituciones del sector público y para determinar si el Control Interno es apropiado y suficiente para cumplir con las tres categorías de objetivos: operación, información y cumplimiento.

Que en el Acuerdo Administrativo mediante el cual se establece el Marco Integrado de Control Interno, se estableció que dicho Marco proporciona un modelo general para establecer,

mantener y mejorar el sistema de control interno institucional, aportando distintos elementos para el cumplimiento de las categorías de objetivos institucionales (operación, información y cumplimiento).

Que el desarrollar una cultura de control, implicará una modificación de paradigmas que se enfocará en cambiar las conductas irregulares. Las de los individuos que no respetan lineamientos básicos, a las del servidor público que viola procedimientos institucionales y transgrede principios y valores éticos y de responsabilidad pública. Por ello, es necesario asegurar la transparencia y la existencia de procesos de toma de decisiones que deslinden con claridad los niveles de responsabilidad y aseguren la coordinación entre las instancias competentes, así como establecer métodos y procedimientos para administrar los riesgos y como consecuencia velar por el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como el cumplimiento de la misión y visión en tiempo y forma.

Que derivado a la reforma de la Constitución Política del Estado de San Luis Potosí, publicada en fecha 03 de marzo de 2016, se estableció en el Sistema Estatal Anticorrupción como el conjunto de autoridades, elementos, programas y acciones, que interactúan entre sí, para el diseño, evaluación de políticas de educación, concientización, prevención, detección y sanción de responsabilidades administrativas y hechos de corrupción, así como la promoción de la integridad pública.

Que el 25 de mayo de 2017, se publicó en el Periódico Oficial del Estado el decreto 0640 relativo a la Ley del Sistema Estatal Anticorrupción, la cual establece las bases de coordinación entre los distintos órganos que constituyen el Sistema Estatal Anticorrupción de San Luis Potosí, así como con los órdenes de gobierno Federal y municipales, para el funcionamiento de dicho Sistema, para que las autoridades competentes prevengan, investiguen y sancionen las faltas administrativas y los hechos de corrupción.

Que en fecha 11 de abril de 2017 se publicó en el Periódico Oficial del Estado, el decreto 0604 mediante el cual se reforma la denominación del capítulo IV, los artículos, 43, y 44; Adiciona los artículos, 44 Bis, 44 Ter, 44 Quáter, y 44 Quinque, y Deroga del artículo 33 la fracción XLVII, de y a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí, mediante las cuales se dota a la Contraloría General del Estado de facultades relativas a desarrollar y coordinar el Sistema Estatal de Control Interno de la administración pública estatal, expedir las normas que regulen los instrumentos y procedimientos de control interno de la Administración Pública Estatal, vigilar, en colaboración con las autoridades que integren el Comité Coordinador del Sistema Estatal Anticorrupción, el cumplimiento de las normas de control interno y fiscalización, así como asesorar y apoyar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, por si o a través los órganos internos de control, en la promoción de su cumplimiento.

Que las instituciones públicas se enfrentan en el ejercicio diario de sus actividades con la duda o incertidumbre de no llegar a cumplir con sus objetivos establecidos en tiempo y forma, ya que forman parte de un proceso dinámico, y constantemente se están actualizando, lo que implica estar expuestas a riesgos. La incertidumbre implica riesgos y a veces oportunidades, posee el potencial de erosionar o aumentar el valor. Así, la Administración de Riesgos juega un papel transcendental, toda vez que, a través de ella, las instituciones públicas podrán conocer, determinar los riesgos a los que se enfrentan, clasificarlos y determinar los controles que ayudan a mitigarlos; por ello, es de emitirse y se emite el siguiente:

ACUERDO ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES Y EL MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.

ARTÍCULO PRIMERO.- El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las Disposiciones, que las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, la Consejería Jurídica y la Procuraduría General de Justicia del Estado de San Luis Potosí deberán observar para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua de su Sistema de Control Interno Institucional.

ARTÍCULO SEGUNDO.- En términos del Artículo Primero de este Acuerdo, se emiten las siguientes:

DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO

TÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

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

Los Titulares y, en su caso, el Órgano de Gobierno, así como los demás servidores públicos de las instituciones que integran la APE y la Procuraduría General de Justicia del Estado del Estado de San Luis Potosí, en sus respectivos niveles de control

interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia el Marco Integrado de Control Interno (MICI) Interno aplicable al Sector Público como el Modelo Estatal a implementarse por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

2. DEFINICIONES.

Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

I. Acción (es) de control: las actividades determinadas e implantadas por los Titulares de las instituciones y demás servidores públicos de las Instituciones para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;

II. Acción (es) de mejora: las actividades determinadas e implantadas por los Titulares de las instituciones y demás servidores públicos de las Instituciones para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;

III. Administración: los servidores públicos de mandos superiores y medios diferentes al Titular de la institución;

IV. Administración de riesgos: el proceso dinámico desarrollado para contextualizar, 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;

V. APE. Administración Pública Estatal;

VI. 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;

VII. 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;

VIII. Competencia profesional: la cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual 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. Contraloría: La Contraloría General del Estado

X. 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;

XI. 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;

XII. 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;

XIII. 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;

XIV. Debilidad (es) de control interno: la insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los órganos de fiscalización;

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

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

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

XVIII. Elementos de control: los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada institución en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;

XIX. 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 componentes generales de control interno y sus principios, así como los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías;

XX. Factor (es) de riesgo: la circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;

XXI. Gestión de riesgos de corrupción: Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas, en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y/o servicios internos y externos;

XXII. Impacto o efecto: las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;

XXIII. Informe Anual: el Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional;

XXIV. Institución o instituciones. Dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal

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

XXVI. 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;

XVII. 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 riegos;

XXVIII. MICI: Marco Integrado de Control Interno aplicable al Sector Público como el Modelo Estatal a implementarse por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí

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

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

XXXI. Modelo Estándar de Control Interno: al conjunto de componentes generales de control interno y sus principios y elementos de control, los niveles de responsabilidad de control interno, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al sistema de control interno institucional;

XXXII. Objetivos institucionales: Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Nacional de Desarrollo, en términos del Capítulo Cuarto de la Ley de Planeación, en particular de los programas sectoriales, institucionales y especiales, según corresponda;

XXXIII. Órganos Fiscalizadores: A las Contralorías Internas u Órganos Internos de Control que dependen jerárquica y funcionalmente de la Contraloría, cuyas funciones se encuentran previstas en el artículo 44 Bis de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado;

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

XXXV. Probabilidad de ocurrencia: la estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;

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

XXXVII. Programa presupuestario: la categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas;

XXXVIII. PTAR: el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

XXXIX. PTCI: el Programa de Trabajo de Control Interno;

XL. Riesgo: el evento adverso e incierto (externo o interno) que derivado de la combinación de su probabilidad de ocurrencia y el posible impacto pudiera obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales;

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

XLII. Seguridad razonable: el alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la institución serán alcanzados;

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

XLIV. Sistema de Control Interno Institucional o SCII: el conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una Institución a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley;

XLV. Sistema de información: el conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control de la Institución;

XLVI. TIC´s: las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;

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

CAPÍTULO II
Responsables de su Aplicación y Vigilancia

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

Será responsabilidad del Órgano de Gobierno, del Titular y demás servidores públicos de la Institución, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno Institucional, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; además de instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de las presentes Disposiciones.

En la implementación, actualización y mejora del SCII, se identificarán y clasificarán los mecanismos de control en preventivos, detectivos y correctivos, privilegiándose los preventivos y las prácticas de autocontrol, para evitar que se produzcan resultados o acontecimientos no deseados o inesperados que impidan en términos de eficiencia, eficacia y economía el cumplimiento de las metas y objetivos de la institución.

4. DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES.

El Titular de la Institución designará mediante oficio dirigido al Titular de la Contraloría a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones.

El Coordinador de Control Interno designará mediante oficio dirigido al Titular de la institución a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Enlace del Control Interno y un Enlace de Administración de Riesgos para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes disposiciones. En los oficios de designación y sustitución, se deberá marcar copia al Titular de la Contraloría como al Titular del Órgano Interno de Control.

5. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.

La Contraloría por sí o a través de los Órganos Fiscalizadores, conforme a sus respectivas atribuciones, serán responsables de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las Disposiciones; adicionalmente, los Órganos Fiscalizadores, en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para la implementación de su SCII.

TÍTULO SEGUNDO
MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I
Marco Integrado del Control Interno

6. MARCO NORMATIVO DEL CONTROL INTERNO

El Control Interno se encuentra previsto en las siguientes disposiciones tanto federales como Estatales.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 134. Los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí

ARTÍCULO 135. Los recursos económicos de que dispongan los poderes del Estado, sus entidades descentralizadas, los organismos constitucionales autónomos, y los ayuntamientos, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez, para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

En el caso específico del Estado de San Luis Potosí, la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado, establece a cargo de la Contraloría General del Estado ser la instancia normativa del Control Interno, al plasmarse en la reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado, el 11 de abril de 2017 las siguientes facultades y atribuciones:

Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí

ARTÍCULO 44. Para efecto de lo establecido en el artículo inmediato anterior, el Gobernador del Estado contará con la Contraloría General del Estado, a la que corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

I. Desarrollar y coordinar el Sistema Estatal de Control Interno de la administración pública estatal;

II. Establecer y vigilar el cumplimiento de las normas de control, fiscalización, y auditoría que deban observar las dependencias y entidades de la administración pública estatal;

III. Expedir las normas que regulen los instrumentos y procedimientos de control interno de la Administración Pública Estatal, para lo cual podrá requerir de las dependencias competentes la expedición de normas complementarias para el ejercicio del control administrativo. …"

7. MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO

El 24 de noviembre de 2016 se publicó en el periódico Oficial del Estado el Acuerdo Administrativo mediante el cual se establece el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Publico, a implementarse en la administración pública, para establecer, mantener y mejorar el sistema de control interno institucional.

a) Trascendencia del Marco Integrado del Control Interno

Un sistema de control interno efectivo requiere la toma de decisiones y es diseñado con el fin de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos en relación con la eficacia y la eficiencia de las operaciones, la confiabilidad de la información financiera, y el cumplimento de leyes y normas aplicables. Proporciona un modelo general para establecer, mantener y mejorar el sistema de control interno institucional, aportando distintos elementos para el cumplimiento de las categorías de objetivos institucionales (operación, información y cumplimiento).

b) Finalidad y beneficios del Control Interno

El control interno no es un evento único y aislado, sino una serie de acciones y procedimientos desarrollados y concatenados que se realizan durante el desempeño de las operaciones de una institución. Provee amplios beneficios a la institución:

· Proporciona a los responsables de los procesos operativos una mayor confianza respecto del cumplimiento de sus objetivos;

· Brinda retroalimentación sobre qué tan eficaz es su operación y ayuda a reducir los riesgos asociados con el cumplimiento de los objetivos institucionales;

• Contribuye de manera eficaz, eficiente y económica a alcanzar las tres categorías de objetivos institucionales (operaciones, información y cumplimiento); y

• Asegura, de manera razonable, la salvaguarda de los recursos públicos.

c) Estructura del Marco Integrado de Control Interno

El Marco Integrado de Control Interno tiene una estructura jerárquica de 5 componentes, 17 principios, 50 puntos de interés relevantes y 144 requerimientos.

COMPONENTES	PRINCIPIOS	PUNTOS DE INTERÉS	REQUERIMIENTOS
1. AMBIENTE DE CONTROL	5	16	49
2. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.	4	10	27
3. ACTIVIDADES DE CONTROL.	3	11	33
4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3	7	20
5. SUPERVISAR	2	6	15

CAPÍTULO II
Responsabilidades y funciones en el Sistema de Control Interno Institucional

8. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.

El control interno es responsabilidad del Titular de la institución, quien lo implementa con apoyo de la Administración (mandos superiores y medios) y del resto de los servidores públicos, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

I. GENÉRICAS:

Todos los servidores públicos de la institución, son responsables de:

a) Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables, y

b) Evaluar el SCII verificando el cumplimiento de los componente generales, sus principios y elementos de control, así como proponer las acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua.

II. DEL TITULAR Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

a) Determinarán las metas y objetivos de la Institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Institución para la consecución de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, los programas sectoriales, especiales y demás planes y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;

b) Establecerán y mantendrán un SCII apropiado, operando y actualizado conforme al Marco Integrado de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;

c) El Titular supervisará que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;

d) Verificarán que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;

e) El Titular aprobará el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;

f) El Titular aprobará la metodología para la administración de riesgos.

g) El Titular instruirá y supervisará que las unidades administrativas, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional y acordará con el Coordinador de Control Interno la metodología de administración de riesgos.

h) El Titular instruirá a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución, la Contraloría y Órgano Interno de Control, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;

b) Acordar con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del Marco Integrado de Control Interno;

c) Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la institución;

d) Revisar con el Enlace del SCII y presentar para aprobación del Titular de la Institución el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

En la Administración de Riesgos:

e) Acordar con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;

f) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión. En caso de que la metodología instituida contenga etapas o actividades adicionales a las establecidas en las Disposiciones, se deberá informar por escrito a la Contraloría.

g) Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular del Órgano Fiscalizador de Control y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, para la autorización del Titular, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;

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

i) Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.

j) Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

k) Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

l) 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;

m) 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.

IV. DEL ENLACE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL:

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;

b) Definir las áreas administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;

c) Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las unidades administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;

d) Revisar con los responsables de las unidades administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las componentes generales, sus principios y elementos de control interno;

e) Elaborar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;

f) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;

g) Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avances Trimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno.

V. DEL 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 institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;

c) Para tal efecto, se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que se encuentra disponible en la página oficial de la Contraloría, siendo www.contraloriaslp.gob.mx/

d) Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos institucionales de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

e) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;

f) Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avance Trimestral;

g) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos de la institución, así como los determinados por el Comité o el Órgano de Gobierno, según corresponda.

VII. DEL ÓRGANO FISCALIZADOR:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Asesorar y apoyar a la Institución de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;

b) Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, se cumplan en tiempo y forma;

En la Administración de Riesgos:

c) Apoyar a la Institución de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos;

d) Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos;

e) Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya el Enlace de Administración de Riesgos;

f) Evaluar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y

g) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

CAPÍTULO III
Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno

Sección I.
Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

9. DE LA EVALUACIÓN DEL SCII.

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 los cinco componente 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 Contraloría una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SCII, para ello podrá utilizar el siguiente formato:

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

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

PRIMERA. AMBIENTE DE CONTROL.

1. Los servidores públicos de la Institución, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales **(Institucional)**;

2. Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento (**Institucional**);

3. La institución cuenta con un Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento del Código de Conducta; se cumplen con las reglas de integridad para el ejercicio de la función pública y sus lineamientos generales (**Institucional**);

4. Se aplican, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, determinan acciones de mejora, dan seguimiento y evalúan sus resultados (**Institucional**);

5. 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 de los procesos;

6. Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos (**Institucional**);

7. El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable; y

8. Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

9. Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control;

10. Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas son ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad;

11. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos; y

12. Se instrumentan en los procesos acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL.

13. Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC´s;

14. Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;

15. Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales;

16. Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;

17. Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia;

18. Se identifica en los procesos 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 a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención;

19. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;

20. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;

21. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;

22. Se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC's en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren;

23. En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's; y

24. Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital en los procesos de gobernanza, organización y de entrega, relacionados con la planeación, contratación y administración de bienes y servicios de TIC's y con la seguridad de la información **(Institucional TIC's).**

CUARTA. INFORMAR Y COMUNICAR.

25. Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;

26. Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;

27. Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable, información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso;

28. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en 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;

29. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias **(Institucional)**; y

30. Se cuenta con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección y, en su caso, al Órgano de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones **(Institucional)**.

Quinta. Supervisión y Mejora Continua.

31. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de control interno;

32. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre Tecnologías de la Información, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso; y

33. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte del Titular y la Administración, Órganos Fiscalizadores o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

El Coordinador de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que los responsables de los procesos prioritarios seleccionados (sustantivos y administrativos), apliquen la evaluación con objeto de verificar la existencia y suficiencia de los elementos de control. El responsable o dueño del proceso deberá establecer y comprometer acciones de mejora en el Programa de Trabajo de Control Interno, cuando se identifiquen debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII.

10. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES.

Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, el Coordinador de Control Interno podrá incorporar en la evaluación del SCII e implementación de los 17 Principios, elementos de control adicionales a los descritos en el numeral anterior, los cuales deberán basarse en los específicos detallados en el numeral 9 de las presentes Disposiciones, mismos que retoman lo establecido en el MICI.

La Contraloría y/o los Órganos Fiscalizadores podrán recomendar la incorporación de elementos de control adicionales en virtud de las deficiencias que llegará a identificar en el SCII, sin embargo, será el Coordinador de Control Interno quien valorará la viabilidad y pertinencia de la inclusión de dichos elementos de control adicionales.

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

Sección II.
Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional.

11. DE SU PRESENTACIÓN.

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación, los Titulares presentarán con su firma autógrafa un Informe Anual:

I. Al Titular de la Contraloría, con copia al Titular del Órgano Fiscalizador, a más tardar el 31 de marzo de cada año;

II. Al Órgano de Gobierno, en su caso.

12. DE LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN.

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

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por componente general de control interno;

b) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por componente de control interno;

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

d) Debilidades o áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional;

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

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

La evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo.

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

La Contraloría podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al 31 de marzo de cada año, por caso fortuito o causas de fuerza mayor.

Sección III.
Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno.

14. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.

El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada componente general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SCII, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes, también deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de mejora, la unidad administrativa y el responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización del Titular de la Institución, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace del SCII.

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

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

15. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.

El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por la Contraloría y/o el Titular del Órgano Fiscalizador, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCI original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Institución. El PTCI actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la segunda sesión de la Administración para su conocimiento y posterior seguimiento.

16. REPORTE DE AVANCES SEMESTRAL DEL PTCI.

I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar semestralmente al Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Semestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

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

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

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

d) Firma del Coordinador de Control Interno.

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

a) A la Contraloría y/o al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada semestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación, y

b) Al Comité u Órgano de Gobierno, en su caso.

17. INFORME DE EVALUACIÓN AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

La Contraloría y/o los Órganos Fiscalizadores realizarán la evaluación del Reporte de Avances Semestral del PTCI y elaborará el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará:

I. Al Titular de la Institución y al Coordinador de Control Interno, y

II. Al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada semestre.

Sección IV.
Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y PTCI.

18. INFORME DE RESULTADOS.

La Contraloría y/o el Titular de los Órganos Fiscalizadores evaluarán el Informe Anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados:

I. Al Titular de la Institución a más tardar el último día hábil del mes de junio, y

II. O, en su caso, al Órgano de Gobierno.

19. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.

El Informe de Resultados de la Contraloría y/o el Titular de los Órganos Fiscalizadores deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

I. La evaluación aplicada por la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;

II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado;

III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;

IV. Conclusiones y recomendaciones.

Los servidores públicos responsables de las Unidades Administrativas y/o procesos de la institución deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formulen la Contraloría y/o los Órganos Fiscalizadores, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

TÍTULO TERCERO.
METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

CAPÍTULO I
Proceso de Administración de Riesgos

20. INICIO DEL PROCESO.

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 Fiscalizador o un representante de la Contraloría, 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.

21. IMPORTANCIA Y TRASCENDENCIA

El componente de Administración de Riesgos establece, entre otras disposiciones, lo siguiente:

• Definir metas y objetivos de la Dependencia o Entidad

El Titular u Órgano de Gobierno, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos a través de un Programa Rector que, de manera coherente y ordenada, se asocie a éstos y a su mandato legal, asegurando su alineación a la Misión, Visión y Objetivo General de la institución.

• Evaluar los Riesgos

El Titular u Órgano de Gobierno a través de la Administración debe **identificar, analizar y responder a los riesgos** que de materializarse pueden afectar el cumplimiento de metas y objetivos, así como los correspondientes a las funciones, procesos, programas y proyectos.

• Considerar el Riesgo de Corrupción

El Titular u Órgano de Gobierno, a través de la Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraude, abuso 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 Cámara.

• Cambios internos y externos que impactan el control interno

El Titular u Órgano de Gobierno, a través de la Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar el control interno, a efecto de evitar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos y/o surgir nuevos riesgos.

Dado que todo riesgo afecta al cumplimiento de los objetivos o metas de una organización, la aplicación adecuada y efectiva de la metodología de administración de riesgos dependerá, en un primer momento, de la definición que la institución haga de sus propios objetivos. Si los objetivos no son claros, adecuados y totalmente alineados con el espíritu y naturaleza de la institución, la aplicación de dicha metodología será limitada y probablemente no logrará su propósito.

Relevancia de contar con una adecuada Administración de Riesgos

Como cualquier organización, el Gobierno del Estado tiene la premisa subyacente de generar valor, en este caso para la sociedad, enfrentándose a un cierto nivel de incertidumbre, por lo que uno de los retos es determinar cuánta incertidumbre se puede aceptar mientras se realizan esfuerzos por mejorar los resultados.

La gestión de riesgos permite tratar eficazmente la incertidumbre y sus riesgos y oportunidades asociados, mejorando así la capacidad de generar valor.

La gestión de riesgos incluye las siguientes capacidades:

• Identificar el riesgo por cada una de las estrategias.

• Mejorar las decisiones de respuesta a los riesgos

• La gestión de riesgos proporciona rigor metodológico para identificar los riesgos y seleccionar posibles alternativas de respuesta con la finalidad de evitarlos, reducirlos, compartirlos o aceptarlos.

• Identificar y gestionar la diversidad de riesgos para toda la institución.

• Aprovechar las oportunidades mediante la consideración de una amplia gama de potenciales eventos, la dirección está en posición de identificar y aprovechar las oportunidades de modo proactivo.

Estas capacidades, inherentes en la gestión de riesgos, ayudan a alcanzar los objetivos de la institución.

Roles y responsabilidades generales:

• Todas las personas que integran una dependencia o entidad tienen alguna responsabilidad en la gestión de riesgos.

• El directivo de mayor nivel es su responsable último.

• Otros directivos apoyan la filosofía de gestión de riesgos de la institución, promueven el cumplimiento del riesgo aceptado y gestionan los riesgos dentro de sus áreas de responsabilidad en conformidad con la tolerancia al riesgo.

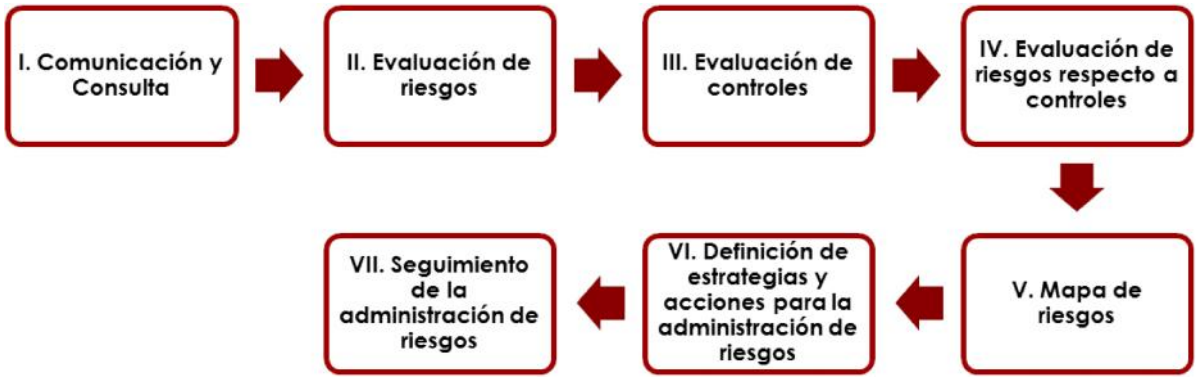
• El restante personal de la institución es responsable de ejecutar la administración de riesgos de acuerdo con las directrices y protocolos establecidos.

• El consejo directivo se encarga de la supervisión de la gestión de riesgos por medio de los informes sobre su administración.

22. METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La presente metodología general de administración de riesgos deberá tomarse como base para la metodología específica que apliquen cada una de las instituciones de la Administración Pública Estatal, 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.

Etapas de la Administración de Riesgos



I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Considerar el plan estratégico institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Institución, los procesos prioritarios, así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos,

b) Definir las bases y criterios a considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento.

c) Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción.

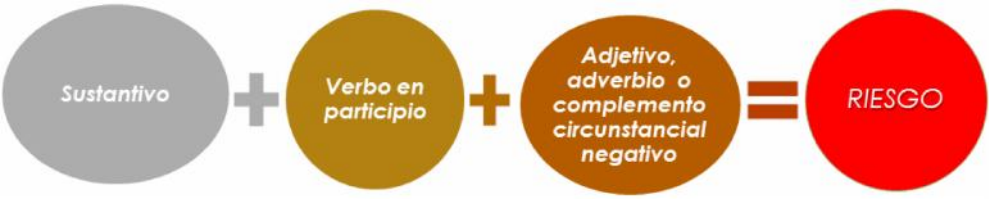
II. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Esta etapa se debe identificar, seleccionar, describir los riesgos, ubicarlos en el nivel de decisión, clasificarlos, identificar los factores, si es interno o externo, los posibles efectos y la valoración del grado de impacto.

a) Identificación, selección y descripción de riesgos

Se realiza en base a las metas, objetivos institucionales, y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, a fin de constituir el inventario de riesgos institucional.

Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales, en su descripción, se recomienda la siguiente estructura:



Ejemplos:

Recomendaciones en la redacción de riesgos

• Redacte de forma clara, específica, y directa, sin dar lugar a ambigüedades.

• Utilizar 10 palabras como máximo para describir cada riesgo.

• Procure evitar calificativos como “malo” o “poco”; prefiera otros como más precisos como “deficiente”, “insuficiente” o “ineficiente”.

• No redacte comenzando como “Falta de…” u otras frases similares que llevan implícito el sesgo hacia una supuesta solución particular.

b) Nivel de decisión del riesgo.

En este punto, se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de materializarse, los cuales pueden agruparse en las siguientes categorías:

· **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.

Los riesgos pueden ser de tipo: sustantivo, administrativo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC´s; de salud; de corrupción y otros. La clasificación, debe ser congruente con la descripción del riesgo.

d) Identificación de factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan

Así también se deben identificar las causas o situaciones que pueden contribuir a la materialización de un riesgo, es decir, los factores del riesgo, considerando la siguiente clasificación:

· **Humano:** Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.

· **Financiero Presupuestal:** Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.

· **Técnico-Administrativo:** Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.

· **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:

Los factores de riesgo, a su vez su pueden clasificar en dos grandes tipos:

· **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.

Corresponde a describir las consecuencias que, en caso de materializarse el riesgo, pueden incidir en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales

g) Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la siguiente escala de valor:

Escala del 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 de la probabilidad de ocurrencia.

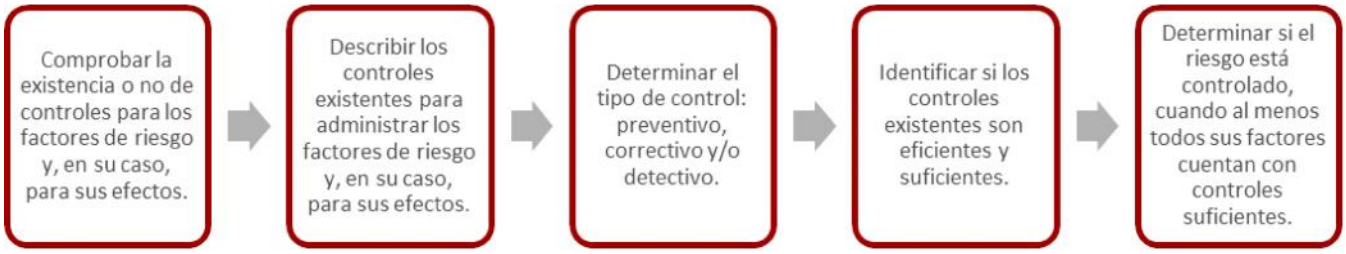
Se determinar en función de los factos de riesgo en una escala del 1 al 10, conforme a lo siguiente:

Escala del valor	Impacto	Descripción
10	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia muy alta. Con un porcentaje de que se materialice el riesgo entre 90% a 100%.
9		
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta. Con un porcentaje de que se materialice el riesgo entre 75% a 89%.
7		
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media. Con un porcentaje de que se materialice el riesgo entre 51% y 74%.
5		
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja. Con un porcentaje de que se materialice el riesgo entre 25% a 50%.
3		
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Con un porcentaje de que se materialice el riesgo entre 1% a 24%.
1		

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

III. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

Con base en las valoraciones iniciales, es necesario considerar los posibles controles que se tengan establecidos en la Dependencia o Entidad y que pudieran apoyar a que los riesgos no se materialicen o que, en caso de presentarse, su impacto sea menor, una vez realizada la valoración de controles, se deben revisar las valoraciones iniciales y, en su caso, ajustarlas.



Existe deficiencias cuando no reúne alguna de las siguientes condiciones:

· Está documentado: Que se encuentra descrito.

· Está formalizado: Se encuentra autorizado por servidor público facultado.

· Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control, y

· Es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.

Así, se considera que hay suficiencia en los controles, cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.

IV. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES (Valoración final)

En esta etapa se realiza la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Institución de no responder adecuadamente ante ellos.

Para realizarla, se debe considerar lo siguiente:

a) La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;

b) Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;

c) Si alguno de los controles del riesgo son deficientes, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial, y

d) La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de controles.

V. MAPA DE RIESGOS.

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

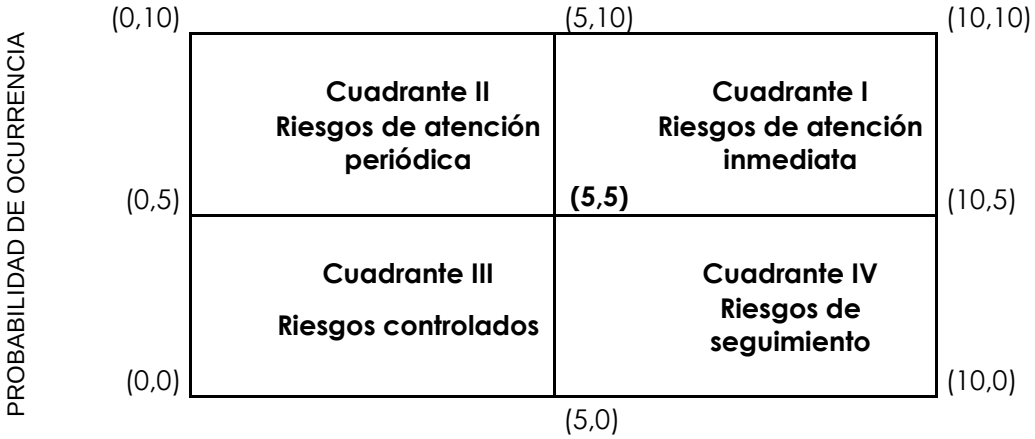
La representación gráfica del Mapa de Riesgos deberá contener los cuadrantes siguientes:

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 1 hasta 5;

Cuadrante III. Riesgos Controlados.- Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes, y

Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento.- Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.



VI. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE CONTROL PARA RESPONDER A LOS RIESGOS.

Las estrategias y acciones 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:

1. Evitar el riesgo.- Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que sí una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.

2. Reducir el riesgo.- Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.

3. Asumir el riesgo.- Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el *Cuadrante III, Riesgos Controlados* de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.

4. Transferir el riesgo.- Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización.

5. Compartir el riesgo.- Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes unidades administrativas de la institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

CAPÍTULO II
SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

23. PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, debidamente firmado por el Titular de la Institución, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

a) Los riesgos;

b) Los factores de riesgo;

c) Las estrategias para administrar los riesgos, y

d) Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar:

% Unidad administrativa;
% Responsable de su implementación;
% Las fechas de inicio y término, y
% Medios de verificación.

24. REPORTES DE AVANCES.

A fin de dar seguimiento, al cumplimiento de las acciones de control del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, la Administración, deberá realizar reportes de avances, los cuales serán de forma semestral, en el que se recomienda, se incluya lo siguiente:

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

b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso;

c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos; y

d) Firmas del Representante de la Administración, y en su caso, del Representante del Comité o Subcomité o el Responsable de la Administración de Riesgos.

Los reportes deberán presentarse al Titular de la institución u Órgano de Gobierno, así como a la Contraloría, o en su caso, a los Órganos Fiscalizadores, dentro de los quince días hábiles siguientes de haber concluido el semestre.

25. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR.

La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por los servidores públicos responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional y deberá ponerse a disposición de los órganos fiscalizadores o de la Contraloría, a través del Enlace de Administración de Riesgos.

26. INFORME DE EVALUACIÓN AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

La Contraloría y/o el Titular de los Órganos Fiscalizadores presentará a la institución su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Semestral del PTAR, como sigue:

I. Al Titular de la Institución, dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance semestral del PTAR, y

II. En su caso, al Órgano de Gobierno, en la sesión inmediata posterior al cierre de cada semestre.

La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por los servidores públicos responsables de las acciones de control comprometidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgo.

27. REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.

Se realizará un Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior, y contendrá al menos lo siguiente:

I. Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos;

II. Comparativo del total de riesgos por cuadrante;

III. Variación del total de riesgos y por cuadrante; y

TÍTULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I
De los Objetivos del Comité

28. DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ.

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

I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;

II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;

III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;

IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;

V. Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTCI y acciones de control del PTAR;

VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de órganos fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de las mismas;

VII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución;

VIII. Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten.

CAPÍTULO II
De la Integración del Comité

29. DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.

Todas las Instituciones constituirán un Comité, que será encabezado por su Titular y el Titular del Órgano Fiscalizador, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

I. El Presidente: Titular de la Institución.

II. El Vocal Ejecutivo: Titular del Órgano Fiscalizador o un representante de la Contraloría.

III. Vocales: Podrán designarse como tal, a los Directores Generales (diversos al Titular) y Directores de Área de la institución.

En el caso de las instituciones que no cuenten en su estructura con Directores Generales diversos al Titulares y/o Directores de Área, formarán parte de los Vocales los Subdirectores de área.

Es importante señalar que, dependiendo de la estructura de la institución, no todos los Directores Generales y Directores de Área fungirán como Vocales, quedando a criterio del Titular la participación de éstos. Sin embargo, de forma invariable, deberán formar parte del Comité los Titulares de las áreas de Planeación, Presupuesto, Administrativa, Jurídico o equivalente, Tecnología de la Información, Comunicación o equivalente, si se contase con ella.

Así también, formará parte de los Vocales, el Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).

30. DE LOS INVITADOS.

Se podrán incorporar al Comité como 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;

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

d) Los Enlaces del Sistema de Control Interno, de Administración de Riesgos y del Comité.

Los invitados señalados en el presente numeral, participarán en el Comité con voz pero sin voto, quienes podrán proponer a consideración del Comité, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos, para su atención oportuna.

31. DE LOS SUPLENTES.

Los miembros propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquellos.

Para fungir como suplentes, los servidores públicos deberán contar con acreditación por escrito del miembro propietario dirigida al Vocal Ejecutivo, de la que se dejará constancia en el acta. Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a los propietarios.

CAPÍTULO III
Atribuciones del Comité y Funciones de los Miembros

32. DE LAS ATRIBUCIONES DEL COMITÉ.

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el Orden del Día;

II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:

a) El Informe Anual;

b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento;

c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados del Titular del Órgano Fiscalizador derivado de la evaluación del Informe Anual, y

d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia;

III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:

a) La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;

b) El Reporte de Avances Semestral del PTAR;

c) El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y

d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por la Contraloría, los Órganos Fiscalizadores o por otras instancias externas de fiscalización.

IV. Aprobar acuerdos para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética o equivalente por conductas contrarias al Código de Conducta;

V. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;

VI. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;

VII. Ratificar las actas de las sesiones, y

VIII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

33. DE LAS FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ.

El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;

II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;

III. Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;

IV. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados externos ajenos a la APE;

V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, al Órgano de Gobierno de las entidades, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración del Comité.

34. DE LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS.

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

I. Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité;

II. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité;

III. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité;

IV. Proponer la participación de invitados externos a la APE;

V. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;

VI. Analizar la carpeta de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos;

VII. Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional, para su oportuna atención.

35. DE LAS FUNCIONES DEL VOCAL EJECUTIVO.

El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Verificar el quórum legal;

II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;

III. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de Orden del Día;

IV. Validar que la información institucional fue integrada y capturada en la carpeta por el Enlace del Comité para su consulta por los convocados a la sesión;

V. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos;

VI. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables;

VII. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo;

CAPÍTULO IV
Políticas de Operación

Sección I.
De las sesiones.

36. DEL TIPO DE SESIONES Y PERIODICIDAD.

El Comité celebrará cuando menos, 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 asuntos específicos relativos al desempeño institucional.

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse posterior a la conclusión de los trimestres calendario, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de éste, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones.

37. DE LAS CONVOCATORIAS.

La convocatoria y la propuesta del Orden del Día, deberá ser enviada por el Vocal Ejecutivo a los miembros e invitados, con cinco días hábiles de anticipación para sesiones ordinarias y de dos días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la disponibilidad de la carpeta.

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

38. DEL CALENDARIO DE SESIONES.

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

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

39. DEL QUÓRUM LEGAL.

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

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

Sección II.
De los Acuerdos.

40. ENVÍO DE ACUERDOS PARA SU ATENCIÓN.

El Vocal Ejecutivo remitirá los acuerdos a los responsables de su atención, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente.

41. ACUERDOS RELEVANTES DEL CONOCIMIENTO DE INSTANCIAS SUPERIORES.

El Comité determinará los acuerdos relevantes que el Presidente hará del conocimiento al Órgano de Gobierno de las entidades.

TRANSITORIOS

Primero. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Estado “Plan de San Luis”.

Segundo. El cumplimiento a lo establecido en el presente Acuerdo se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que tengan asignados las instituciones de la Administración Pública Estatal.

Dado en la Ciudad de San Luis Potosí, Capital del Estado del mismo nombre, a los ocho días del mes de agosto del año dos mil diecisiete.

El Contralor General del Estado

JOSÉ GABRIEL ROSILLO IGLESIAS
(RÚBRICA)