MANUAL DE CONTROL INTERNO PARA ENTES DE LAS ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL

Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental

2019

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 1
MARCO JURÍDICO 3
OBJETIVO 4
ALCANCE 4
DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO 4
CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL INTERNO 4
OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 5
OBJETIVOS DE OPERACIÓN 6
OBJETIVOS DE INFORMACIÓN 6
OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO 6
OBJETIVOS DE SALVAGUARDA 6
NIVELES DE CONTROL INTERNO 7
NIVEL ESTRATÉGICO 7
NIVEL DIRECTIVO 7
NIVEL OPERATIVO 7
COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO 11
AMBIENTE DE CONTROL 13
PRINCIPIOS 13
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 13
PRINCIPIOS 14
PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 14
ACTIVIDADES DE CONTROL 24
PRINCIPIOS 24
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 25
PRINCIPIOS 25
SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA 26
PRINCIPIOS 26
INTEGRACIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO 29
ATRIBUCIONES DEL COMITÉ 29
POLÍTICAS DE OPERACIÓN 30
CALENDARIO DE SESIONES 30
CONVOCATORIAS 30
ORDEN DEL DIA 30
QUÓRUM LEGAL 32
SUPLENCIAS 32
ACTAS 32
ACUERDOS

33
REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS 33
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 33
INFORME ANUAL 34
PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO 35
ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO 35
REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL 35
ANEXOS 0
FICHAS TÉCNICAS PROGRAMA DE TRABAJO (PTCI) 38
CRONOGRAMA DE TRABAJO 39
REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL (OFICIO) 40
FORMATO DE REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL 41
INFORME ANUAL (OFICIO) 43
FORMATO DE INFORME ANUAL 44
CRITERIOS DE SELECCIÓN (OFICIO) 47
FORMATO CRITERIOS DE SELECCIÓN 48
MATRIZ DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 49

INTRODUCCIÓN

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

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

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

Derivado de este supuesto, se revisó el marco normativo aplicable en materia de Control Interno a la Administración Pública Estatal, con objeto de identificar áreas de oportunidad e integrar las propuestas realizadas por las instituciones de la Administración Pública Estatal, originadas en un ejercicio de apertura y de consulta para redefinir el esquema de la evaluación del Control Interno, fortalecer el proceso de administración de riesgos y optimizar el relativo al Comité de Control Interno; así como lo adaptable del Marco Integrado de Control Interno.

Contar con un Sistema de Control Interno efectivo en las instituciones de la Administración Pública Estatal promueve la consecución de sus metas y objetivos, así como una eficiente administración de sus riesgos y su seguimiento a través de un Comité de Control Interno, constituido como un foro colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento al desempeño institucional y Control Interno, propiciando reducir la probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad, asegurar el comportamiento ético de los servidores públicos, considerar la integración de las tecnologías de información y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

Que de conformidad con las mejores prácticas internacionales en materia de Control Interno, la implementación, mantenimiento y actualización del Sistema de Control Interno es

responsabilidad de los titulares de las dependencias, entidades, órganos auxiliares y organismos desconcentrados que conforman la Administración Pública Estatal, quienes dan cumplimiento con la contribución de la Administración y del resto del personal; así como, con la asesoría, apoyo y vigilancia de la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental a través de la Dirección de Control Interno de la Gestión Pública para mantener el Sistema de Control Interno de la institución operando y en un proceso de evaluación, fortalecimiento y mejora continua.

Los titulares de los entes públicos, así como, los demás servidores públicos de las instituciones que integran la Administración Pública Estatal, tendrán la obligación de establecer, actualizar y mantener en operación su Sistema de Control Interno, tomando como referencia el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca; el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal, los cuales, al concatenarse permitirán consolidar el cumplimiento del objetivo establecido en materia de Control Interno, basándose en las categorías de operación, información, cumplimiento y salvaguarda.

MARCO JURÍDICO

- Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción.

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

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

  Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.
  Última reforma publicada el 27 de agosto de 2018.

- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca

  Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 04 de abril de 1922.
  Última reforma publicada el 01 de agosto del 2018.

- Reglamento Interno de la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental.

  Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 02 de enero del 2018.
  Última reforma publicada el 25 de enero del 2018.

- Acuerdo por el que se emite el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Publico del Estado de Oaxaca

  Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 05 de agosto del 2017.

- Acuerdo por el que se emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal.

  Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 08 de junio del 2019.

OBJETIVO

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

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

ALCANCE

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

DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO

El control interno, consiste en un proceso multidireccional repetitivo y permanente, en el cual más de un componente influye en los otros y conforman un sistema integrado que reaccionan dinámicamente a las condiciones cambiantes.

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

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

CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL INTERNO

- Es un proceso; es decir, un medio para lograr un fin y no un fin en sí mismo.
- Es una serie de acciones y procedimientos desarrollados que se realizan durante el desempeño de las operaciones de una institución.
- Forma parte de los procesos básicos de la administración, planeación, ejecución y monitoreo.

- Incluye planes, métodos, programas, políticas y procedimientos, implementados para otorgar una seguridad razonable en el logro de la misión, los objetivos y metas institucionales.
- Cada institución debe formular objetivos de control interno de manera razonable para asegurar que sus objetivos institucionales contenidos en un plan estratégico sean alcanzados de manera eficaz, eficiente y económica.

El Control Interno será efectuado por el Titular y el resto del personal del órgano público; el máximo responsable del diseño del sistema es el Titular y no otro directivo de menor jerarquía. En ese sentido, son responsables de su implementación y supervisión todos los directivos de cualquiera de los niveles según la estructura orgánica que corresponda.

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

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

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

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

Operación: Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos.

Información: Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación.

Cumplimiento: Observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones.

Salvaguarda: Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

OBJETIVOS DE OPERACIÓN

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

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

OBJETIVOS DE INFORMACIÓN

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

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

OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO

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

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

OBJETIVOS DE SALVAGUARDA

Contribuyen al actuar de los servidores públicos en el marco de los principios rectores del Sistema Nacional Anticorrupción, es decir, con legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, eficacia, equidad, transparencia, economía, integridad y

competencia por mérito. Con el objetivo de propiciar la prevención de hechos de corrupción y la salva guarda de los recursos públicos.

NIVELES DE CONTROL INTERNO

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

NIVEL ESTRATÉGICO

Tiene como propósito el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales, y corresponde a los servidores públicos que se encuentren en el primer y segundo nivel jerárquico.

NIVEL DIRECTIVO

Tiene como finalidad conducir adecuadamente la operación de los procesos y programas, así como asegurar el cumplimiento de los componentes de Control Interno, y corresponde a los servidores públicos que se encuentren en el tercer y cuarto nivel jerárquico.

NIVEL OPERATIVO

Tiene como objetivo que las acciones y tareas requeridas en los distintos procesos se ejecuten de manera efectiva, por lo que debe asegurar el cumplimiento de los elementos de Control Interno. Este nivel corresponde a los servidores públicos que se encuentren en el quinto nivel y subsecuentes de acuerdo al organigrama de la institución.

Nivel de Control Interno	Nivel jerárquico responsable	Componente de Control Interno	Funciones
Estratégico	Director General y Sub-Director General	**Ambiente de Control**	Verificar que la misión, visión y metas estén plasmadas en el Plan Estratégico.
			Hacer del conocimiento de todo el personal la misión, visión y metas institucionales.
			Actualizar y difundir el código de ética.
			Diseñar y establecer controles en apego al código de ética.
			Promover e impulsar la capacitación y sensibilización de la cultura de autocontrol y administración de riesgos.
			Planear de manera estratégica un proceso de control interno.
			Actualizar y difundir las políticas de operación de la dependencia.
		Administración de riesgos	Realizar y actualizar los procesos de Administración de Riesgos.
		Actividades de control	Establecer los instrumentos y mecanismos que miden los avances y resultados del cumplimiento de objetivos y metas institucionales.
			Establecer los instrumentos y mecanismos para identificar y atender las causas de las observaciones emitidas por los entes fiscalizadores.
		Informar y comunicar	Contar con información periódica y relevante de los avances en la atención de los acuerdos y compromisos del Comité de Control Interno.
		Supervisión y mejora	Supervisar las operaciones y actividades de control para elevar su eficiencia y eficacia.
			Verificar y evaluar a los servidores públicos responsables de cada nivel de control interno.
			Atender de raíz las debilidades de control interno identificadas.

Nivel de Control Interno	Nivel jerárquico responsable	Componente de Control Interno	Funciones
Directivo	Directores y Jefes de Unidad	**Ambiente de Control**	Definir la autoridad y responsabilidad de sus subordinados, segregar y delegar funciones, delimitar facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza transacciones.
			Establecer perfiles y descripciones de puestos.
			Establecer procesos para contratación, capacitación, desarrollo y evaluación del desempeño.
			Identificar áreas de oportunidad, determinar acciones, dar seguimiento y evaluar resultados.
			Elaborar manuales de organización y procedimientos de acuerdo al área en que se desempeñan, así como actualizarlos y publicarlos.
		Actividades de control	Verificar que las actividades relevantes y operaciones estén autorizadas por el servidor público facultado para ello.
			Definir claramente las actividades, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado para el ejercicio fiscal.
			Medir los avances y resultados del cumplimiento de objetivos del área a su cargo.
			Verificar que las actividades y servicios que brindan sean de calidad.
		Informar y comunicar	Verificar que la información que se genere en su área sea oportuna, suficiente y confiable.
		Supervisión y mejora	Supervisar de manera permanente las operaciones y actividades de control.
			Identificar las debilidades del control interno de manera prioritaria y darle atención y seguimiento.

Nivel de Control Interno	Nivel jerárquico responsable	Componente de Control Interno	Funciones
Operativo	Jefes de departamento y demás servidores públicos que se encuentren a partir del quinto nivel del organigrama	**Ambiente de control**	Identificar las debilidades del control interno de manera prioritaria y darle atención y seguimiento.
		Actividades de control	Operar los mecanismos de control para las distintas actividades que realizan en su ámbito de competencia.
			Las operaciones relevantes deben ser registradas y soportadas con documentación clasificada, organizada y resguardada para su consulta y en cumplimiento a las leyes aplicables.
			Las operaciones de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, serán soportadas con la documentación pertinente y suficiente, y aquellas con errores se corregirán con oportunidad.
			Acondicionar los espacios y medios necesarios para asegurar y salvaguardar los bienes, incluyendo el acceso restringido al efectivo, títulos de valor, inventarios, mobiliario y equipo u otros que puedan ser vulnerables al riesgo; así como su registro y verificación oportuna.
			Operar controles para garantizar que los servicios que brindan sean de calidad.
			Asegurar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información electrónica de forma oportuna y confiable.
			Contar con programas de seguridad, adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas informáticos.
			Establecer procedimientos de respaldo y recuperación de información, datos, imágenes, vos y video de servidores y programas de trabajo que ejecuten los operadores.
			Establecer procesos de seguridad de acceso a personal autorizado, que comprenda registros de altas, actualización y bajas de usuarios.
		Informar y comunicar	La información que genere y registre en el ámbito de su competencia, debe ser oportuna, confiable, suficiente y pertinente.

Independientemente del nivel jerárquico, dentro del sistema de control interno, todos los servidores públicos son responsables de:

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

COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO

En el modelo estándar de control interno publicado por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway en 1992 y su actualización en 2013, se observan cinco componentes generales, con el fin de que el Sistema de Control Interno sea eficiente y contribuya a alcanzar los objetivos y metas institucionales; adiciona principios en cada componente que fortalecen su alcance y los beneficios que se espera de su observancia:

Los cinco componentes del control interno están interrelacionados, y derivan de la forma cómo la administración administre las operaciones, pues están integrados a los procesos administrativos y se relacionan con las oportunidades, fortalezas, amenazas y debilidades particulares de la realidad de la institución.

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

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

Existe una relación directa entre los objetivos de la institución, los cinco componentes de control interno (con sus principios y puntos de interés) y la estructura organizacional. Los objetivos son los fines que debe alcanzar la institución, con base en su propósito, mandato y disposiciones jurídicas aplicables. Y los cinco componentes de control interno son los requisitos necesarios que debe cumplir una institución para alcanzar sus objetivos institucionales. La estructura organizacional abarca a todas las unidades administrativas, los procesos, atribuciones, funciones y todas las estructuras que la institución establece para alcanzar sus objetivos.

El Marco Estatal del Marco Integrado de Control Interno presenta dicha relación en la forma de un cubo:

Las tres categorías en las que se pueden clasificar los objetivos de la institución son representadas por las columnas en la parte superior del cubo. Los cinco componentes de control interno son representados por las filas. La estructura organizacional es representada por la tercera dimensión del cubo. Lo anterior representa la interrelación de Cada componente de control interno con las tres categorías de objetivos en función de la estructura orgánica.

AMBIENTE DE CONTROL

Conjunto de normas, procesos y estructuras que proporcionan la base para llevar a cabo el control interno en todas las instituciones de la administración pública estatal. Proporciona disciplina, ética, integridad y estructura para apoyar al servidor público en la consecución de los objetivos institucionales.

El ambiente de control es la base para el diseño del sistema de Control Interno, cuyo fin es la creación de un entorno y clima organizacional de respeto e integridad congruente con los valores éticos del servicio público en estricto apego al código de ética, que contemple una clara definición de responsabilidades, desagregación y delegación de funciones, en cumplimiento con la misión, visión, objetivos y metas institucionales.

PRINCIPIOS

El ambiente de control se basa en cinco principios:

Principio 1. Mostrar una actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y la corrupción.

Principio 2. Responsabilizarse de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto.

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

Principio 4. Establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes.

Principio 5. Evaluar el desempeño del control interno en la institución y hacer responsables a todos los servidores públicos por sus obligaciones específicas en la materia.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Es un proceso sistemático que permite identificar, evaluar, jerarquizar, controlar y dar seguimiento a los riesgos que puedan obstaculizar o impedir el cumplimiento de los objetivos y metas de la organización, así como analizar los factores internos y externos que puedan aumentar el impacto y la probabilidad de materialización de los riesgos y definir estrategias para controlarlos.

Las dependencias y entidades, así como las organizaciones en general de la administración pública, existen con la finalidad de cumplir metas y objetivos estratégicos en beneficio de la ciudadanía. Los riesgos constituyen una preocupación permanente al interior de una institución en cualquiera de sus niveles administrativos en el marco del cumplimiento de sus objetivos, visión y misión. La administración de riesgos permite a los servidores públicos responsables del

sistema de Control Interno y en su caso, al Titular, hacer frente a la incertidumbre, aprovechar las oportunidades asociadas y controlar las amenazas.

PRINCIPIOS

La administración de riesgos se basa en cinco principios:

Principio 6. El Titular, debe formular un plan estratégico que de manera coherente y ordenada oriente los esfuerzos institucionales hacia la consecución de los objetivos relativos a su mandato y las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, asegurando además que dicha planeación estratégica contempla la alineación institucional a los Planes nacionales, regionales, sectoriales y todos los demás instrumentos y normatividad vinculatorias que correspondan.

Al elaborar el plan estratégico de la institución, armonizado con su mandato y con todos los documentos pertinentes, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables, el Titular, deberá asegurarse de que los objetivos y metas específicas contenidas en el mismo son claras y que permiten la identificación de riesgos a éstos en los diversos procesos que se realizan en la institución.

Principio 7. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales, así como de los procesos por los que se obtienen los ingresos y se ejerce el gasto, entre otros.

Principio 8. La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos, al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realiza la institución.

Principio 9. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar al control interno.

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

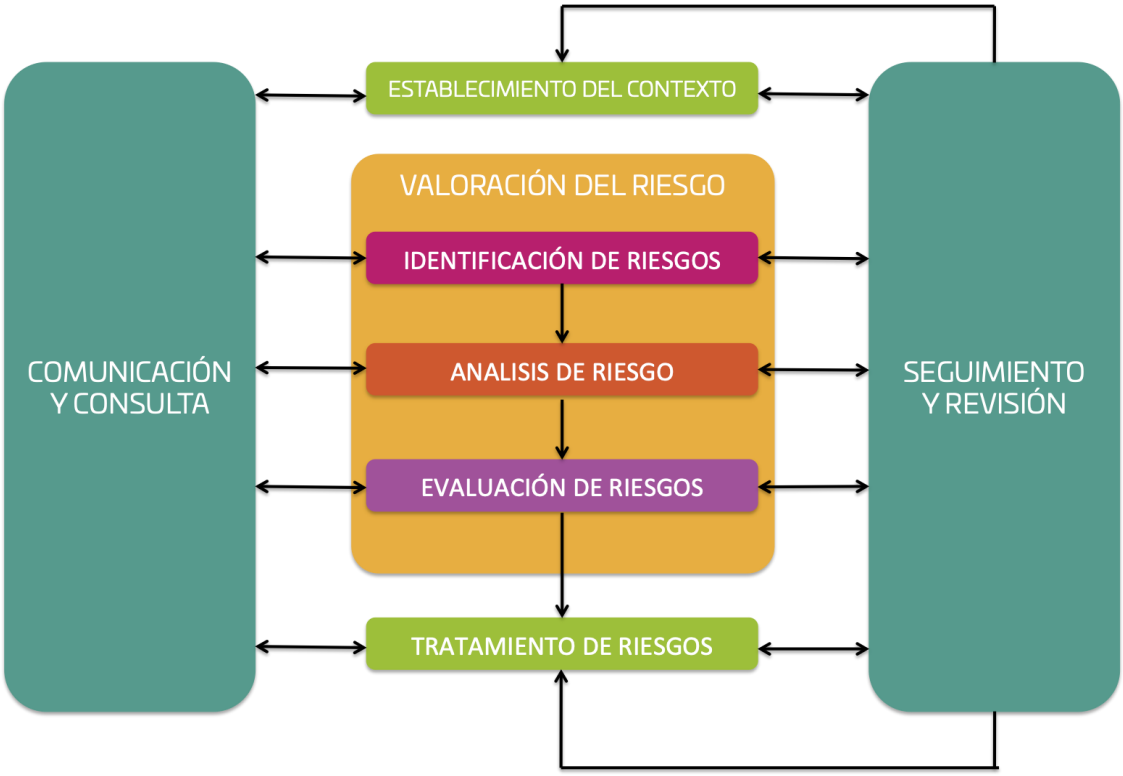
La identificación y análisis de riesgos es parte importante para el logro de los objetivos, y la base para determinar la forma en que tales riesgos deben ser atendidos. Así mismo, se refiere a los mecanismos necesarios para identificar y manejar riesgos específicos asociados con los cambios, tanto los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

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

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

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

Independientemente de su tamaño, estructura o naturaleza, todas las dependencias y entidades tienen riesgos.



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

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

I. Comunicación y consulta: La comunicación y la consulta son elementos que deben estar presentes durante todo el proceso de la Administración de Riesgos; involucra, además, conocer la opinión del personal interesado (personal interno o externo que puede afectar, ser afectado por una decisión o actividad, o se percibe afectado) y asegurarse que conozcan las causas y efectos de los riesgos, así como las medidas adoptadas para administrarlos.

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

CONTEXTO EXTERNO	CONTEXTO INTERNO
Es el entorno en el que la institución busca alcanzar sus objetivos. Es importante comprender el contexto externo para asegurarse que los objetivos e inquietudes de los grupos de interés estén considerados durante el proceso de administración de riesgos	Es el ambiente en el cual la institución busca alcanzar sus objetivos. El proceso de Administración de Riesgos debe estar alineado con la capacidad, recursos, procesos, estructura y estrategia.

SE DEFINE POR:	
• Factores culturales, políticos, legales, regulatorios, financieros, económicos, ya sea internacionales, nacionales, regionales o locales. • Factores clave y las tendencias que tienen impacto sobre los objetivos de la organización • Las percepciones y los valores de las partes interesadas externas.	• Capacidad de la organización en términos de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos. • Flujos de información y toma de decisión sobre procesos. • Normas, políticas y procedimientos vigentes. • La filosofía de la institución para alcanzar sus metas y objetivos.

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

III. Valoración de riesgos: Esta etapa consiste en la identificación, análisis y evaluación de los riesgos que pueden interferir en el cumplimiento de los objetivos establecidos en todos los niveles de la entidad.

Para llevar a cabo la valoración de riesgos, la diagramación de procesos es una herramienta que facilita la identificación y análisis de los riesgos inmersos en los procesos, en virtud que presenta en forma gráfica los procesos y permite delimitar las etapas y responsabilidades, así como observar las actividades en forma conjunta y la relación entre estas, además de los controles existentes.

Con base en lo anterior, se propone el uso de la metodología IDEF0 por sus siglas en inglés *(Integration Definition for Function Modeling),* que proporciona una visión detallada de cualquier proceso a través de la representación estructurada y jerarquizada de las actividades que lo conforman y los objetos o datos que soportan la interacción de esas actividades.

IV. Identificación de los riesgos: Es el proceso de búsqueda, reconocimiento y registro de riesgos. La identificación requiere de un conocimiento detallado de la institución que permita reconocer y describir los riesgos, así como identificar los factores que los originan, las áreas que afecta, el impacto relacionado con las operaciones cotidianas y los acontecimientos (incluyendo los cambios en el entorno). Además, de considerar la identificación de riesgos asociados al fraude o posibles actos de corrupción.

Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo a lo siguiente:

- Estratégico: Afecta negativamente a la misión, visión, objetivos y metas.
- Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos y programas.
- Operativo: Repercute en la eficacia de las operaciones y tareas realizadas por los responsables de su elaboración.

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

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

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

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

- Análisis de indicadores de gestión, desempeño y riesgos: Deberán establecerse con anterioridad y evaluar sus desviaciones, es decir, que su comportamiento está por encima o debajo del rango normal, esto debe analizarse para determinar si esa desviación se debe a algún riesgo materializado o su comportamiento anormal tiene alguna explicación diferente a un riesgo.

- Cuestionarios: Consisten en una serie de preguntas enfocadas a detectar las preocupaciones de los servidores públicos de mandos superiores, medios u operativos sobre riesgos que se perciben en las actividades que desempeñan.

- Análisis comparativos: Comprenden el análisis entre instituciones que desarrollan actividades similares, con el fin de identificar riesgos que podrían afectar a la institución.

- Registro de riesgos materializados: Consisten bases de datos con los riesgos materializados en el pasado en la institución. Estos registros deben contener la descripción del evento, fecha, monto de pérdida, si se llevó a cabo alguna recuperación y qué control se estableció para mitigar el riesgo y que cierta situación vuelva a repetirse.

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

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

- Estratégico: Se asocia a los asuntos relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

- Financiero: Se relaciona con los recursos económicos de la institución, principalmente de la eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos.

- Operativo: Este rubro considera los riesgos relacionados con fallas en los procesos, en los sistemas o en la estructura de la institución.

- Legal: Afecta la capacidad de la institución para dar cumplimiento a la legislación y obligaciones contractuales.

- Tecnológico: Se relaciona con la capacidad de la institución para que las herramientas tecnológicas soporten el logro de los objetivos estratégicos.

- A la integridad: Son aquellas situaciones o eventos que, en caso de materializarse, impactarían en mayor o menor medida al entorno de valores y principios éticos de la institución.

- A la reputación o imagen: Se refleja en un impacto de la materialización de cualquier tipo de riesgo, pues podría implicar presencia en cualquiera de las categorías de riesgo descritas anteriormente

VI. Análisis de los riesgos: Implica desarrollar la comprensión de los riesgos identificados y proporciona un insumo tanto para la evaluación como para la toma de decisiones acerca de si

los riesgos necesitan ser objeto de tratamiento, y sobre las estrategias y métodos más adecuados para tal propósito.

El análisis de riesgos debe considerar:

- La causa del riesgo, así como su efecto. - Un riesgo puede provenir de una o más causas y puede tener múltiples efectos que pueden impactar en uno o varios objetivos institucionales.

- Clasificación del efecto. - Los efectos pueden clasificarse de forma no limitativa de acuerdo a su repercusión en: Imagen institucional, seguridad del personal, operacionales, económicos, operacionales / económicos y operacionales / imagen institucional.

- La identificación y revisión de los controles existentes, evaluando su eficacia y eficiencia.

Una vez que se ha determinado que procesos son los más vulnerables, deberá revisarse cada una de las actividades para determinar a qué riesgos específicos se encuentran expuestos. Para identificar los riesgos se debe uno realizar la pregunta: ¿Qué podría salir mal?
Se deberán registrar todos los riesgos que se detecten, para que posteriormente se analice cuáles de estos deben considerarse, ya que deberá darse prioridad a los más significativos.

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

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

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

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

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

RIESGO = CAUSA + EFECTO

Entendiéndose por:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Cobertura del control: Esta variable hace referencia a la forma como se procesa y registra la información:

- Totalidad: se busca que el control identifique que la información, datos, transacciones, etc. se encuentren registrados en su totalidad.

- Acceso restringido: deben existir niveles de autorización para acceder a la información; en caso de los sistemas, se deben asignar perfiles de ingreso.

- Frecuencia del control: Se podrá considerar un nivel óptimo, si el control se realiza cada vez que se ejecuta el proceso, procedimiento o actividad; moderado, si el control se realiza con periodicidad (una vez por semana, cada quince días o cada mes)

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

- Poco confiable: el objetivo del control no es claro y se requisita sin justificación o antecedente alguno.

- Informal: el control ha sido diseñado e implementado, pero no está documentado adecuadamente. El control depende de la persona que lo ejecuta. No hay una capacitación formal o comunicación del control.

- Estandarizado: el control ha sido diseñado, implantado y está documentado. Sin embargo, las desviaciones del control no son detectadas.

- Monitoreado: control estandarizado que se verifica periódicamente para su correcto diseño y operación, contiene reportes para el personal directivo. Se usan herramientas y automatización en un sentido limitado para el soporte del control.

- Optimo: El control es monitoreado en tiempo real. Se utilizan herramientas y automatización en un sentido limitado para el soporte del control y permite realizar cambios oportunos al control si es necesario.

VII. Evaluación de los riesgos: consiste en determinar la posibilidad de ocurrencia del riesgo y la estimación de los efectos de su impacto. Su propósito es apoyar en la toma de decisiones, con base en los resultados del análisis de los riesgos, a fin de determinar cuáles de éstos necesitan tratamiento y la prioridad para su aplicación.
En esta fase del proceso, se valora la probabilidad de ocurrencia y el impacto que puede producir la materialización del riesgo.

La probabilidad de ocurrencia del riesgo esta puede ser medida con criterios de frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo, el número de veces en un tiempo determinado), o de factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado.
A continuación, se muestra la escala para la evaluación de la probabilidad de ocurrencia e impacto de los riesgos, considerando el número "10" como el valor de mayor jerarquía y "1" como el menor. Cabe mencionar que el orden de los criterios puede variar, dependiendo del mandato, naturaleza y circunstancias de cada institución.

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

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

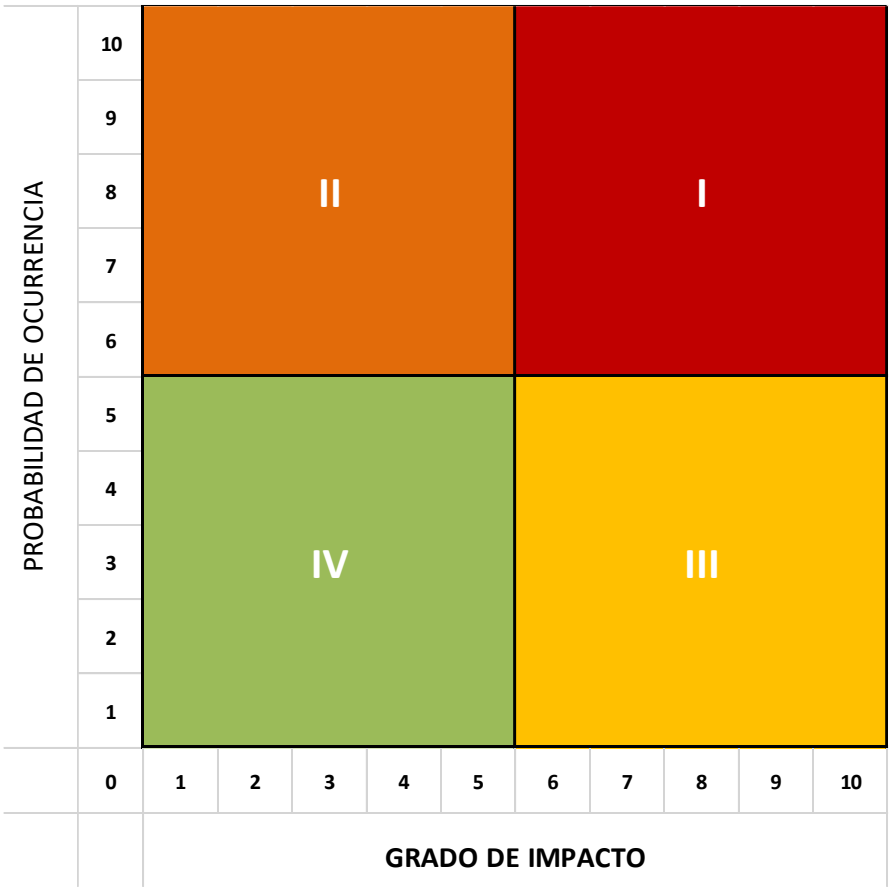
La valoración del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia deberá realizarse antes de la evaluación de controles (evaluación inicial), se determinará sin considerar los controles existentes para administrar los riesgos, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta el Ente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

Escala de Valor	Grado de impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos del Ente Público 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 del Ente Público.
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 el Ente Público.
1		

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

Cuadrante	Nivel de riesgo	Descripción	Escala	
			Grado de impacto	Probabilidad de ocurrencia
I	Riesgos de atención temprana.	Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto.	6 al 10	6 al 10
II	Riesgos de atención periódica.	Son significativos por su alta probabilidad de ocurrencia y su bajo grado de impacto.	1 al5	6 al 10
III	Riesgos de Seguimiento.	Son menos significativos por su probabilidad de ocurrencia y alto grado de impacto.	6 al 10	1 al 5
IV	Riesgos Controlados.	Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto.	1 al 5	1 al 5

Mapa de riesgos.



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

VIII. Respuesta a los riesgos: conforme al nivel del riesgo obtenido, se determinará la forma en que se dará respuesta a cada uno de ellos. La respuesta al riesgo, implica un proceso continuo de evaluación del tratamiento del riesgo, la eficacia y la necesidad de establecer un nuevo tratamiento.

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

a) Aceptar el riesgo: Se asume el impacto del riesgo y por lo tanto no se establecen actividades de control. Esta respuesta al riesgo se generará únicamente en caso de que el nivel de riesgo sea bajo. No se puede aceptar un riesgo si el nivel del mismo es extremo, alto o moderado.

b) Reducir el riesgo: Se deben establecer medidas para reducir el riesgo, ya sea en su posibilidad de ocurrencia, en su impacto, o ambos.
Esto puede implicar llevar a cabo un análisis general de los procesos, objetivo estratégico, proyecto, procedimiento o servicio para establecer límites en los procesos operativos, reasignar recursos conforme a las necesidades, aumentar la revisión y seguimiento de los proyectos, etc.

c) Transferir el riesgo: Reducir la posibilidad de impacto del riesgo, al transferirlo o compartirlo.
Considerando las características de la Institución, esta opción de respuesta al riesgo solamente es válida en los casos de contratación de seguros o tercerización de servicios.

ACTIVIDADES DE CONTROL.

Son políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos que se determinan con base en la respuesta a los riesgos para contribuir a minimizar su posibilidad de ocurrencia e impacto.

Las actividades de control tienen lugar a través de la institución, en todos los niveles y en todas las funciones, para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la ética y la integridad.

Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

PRINCIPIOS

Las actividades de control están asociadas con tres principios:

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

Principio 11. La Administración, debe diseñar los sistemas de información institucional y las actividades de control relacionadas con dicho sistema, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.

Principio 12. El Titular y la Administración, debe implementar las actividades de control a través de políticas, procedimientos y otros medios de similar naturaleza. En este sentido, la Administración es responsable de que en sus unidades administrativas se encuentren documentadas y formalmente establecidas sus actividades de control, las cuales deben ser apropiadas, suficientes e idóneas para enfrentar los riesgos a los que están expuestos sus procesos.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

La Administración debe utilizar información de calidad para respaldar el control interno. La información y comunicación eficaces son vitales para la consecución de los objetivos y metas institucionales. La Administración requiere tener acceso a medios y canales de comunicación relevantes y confiables en relación con los eventos internos y externos.

La información que se genere, obtenga, adquiera, transforme o conserve debe clasificarse y comunicarse en cumplimiento a las disposiciones legales y administrativas aplicables en la materia.

En este sentido, toman especial importancia los sistemas de información y comunicación, mismos deben diseñarse e instrumentarse bajo los siguientes criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos que faciliten su procesamiento, y que a su vez permitan determinar el grado de cumpliendo de las metas y objetivos institucionales y el aprovechamiento de los recursos disponibles.

PRINCIPIOS

La información y comunicación se basa en tres principios:

Principio 13. El Titular y la Administración, deben implementar los medios que permitan a cada unidad administrativa elaborar, obtener y utilizar información pertinente y de calidad para la consecución de los objetivos institucionales y el cumplimiento de las disposiciones aplicables a la gestión financiera.

Principio 14. El Titular y la Administración, son responsable de que cada unidad administrativa comunique internamente, por los canales apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, la información de calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y la gestión financiera.

Principio 15. El Titular y la Administración, son responsables de que cada unidad administrativa comunique externamente, por los canales apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, la información de calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y la gestión financiera.

SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

Son actividades establecidas y operadas por los responsables designados por el Titular de la institución, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno, mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía.

La supervisión contribuye a la optimización permanente de control interno y a la calidad del desempeño de las operaciones.

PRINCIPIOS

La supervisión y mejora está asociada con dos principios:

Principio 16. El Titular y la Administración, debe establecer actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados, en todas las unidades administrativas de la institución. Conforme a las mejores prácticas en la materia, la que reporta sus resultados directamente al Titular o, en su caso, a la Secretaría.

Principio 17. La Administración, es responsable de que se corrijan oportunamente las deficiencias de control interno detectadas.

DIAGRAMA DE PROCESO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

TITULAR DE LA DEPENDENCIA
Establece y supervisa el SCII y designa al Coordinador de Control Interno

COORDINADOR DE CONTROL INTERNO
Designa Enlaces y establece acciones para implementar, operar y evaluar el SCII

ENLACE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
Instrumenta acciones y controles para la evaluación del SCII

RESPONSABLES UNIDADES ADMINISTRATIVAS
Implementan, actualizan y Mejoran el SCII y aplican la evaluación del SCII

COORDINADOR DE CONTROL INTERNO
Presenta Informe Anual, evaluación del SCII y PTCI al Titular de la Institución

TITULAR DE LA INSTITUCIÓN
Aprueba el Informe Anual, evaluación del SCII y PTCI, y envía a la SCTG y presenta al Comité.

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL
Evalúa el Informe Anual, el resultado de la evaluación del SCII y el PTCI, y presenta Informe de Resultados al Titular de la Institución y al Comité

TITULAR DE LA INSTITUCIÓN
Solicita de ser necesario actualizar el PTCI, firma y presenta al Comité

DIAGRAMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

1

TITULAR DE LA INSTITUCIÓN Y COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

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

2

ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

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

3

UNIDADES ADMINISTRATIVAS

Aplica y documenta la metodología, y remite la Matriz con la propuesta de riesgos al Enlace.

4

ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Revisa y analiza la información proporcionada, define con el Coordinador la Matriz y Mapa asi como el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

5

TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

Firma la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos asi como el PTAR

6

COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

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

7

UNIDADES ADMINISTRATIVAS

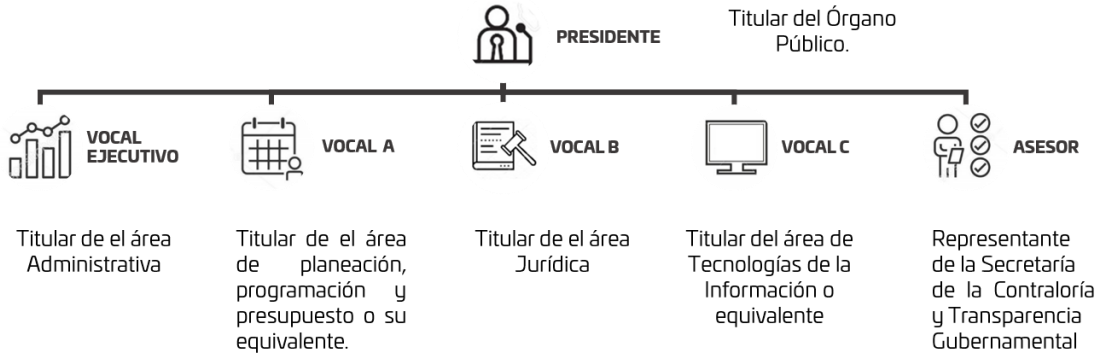
Instrumentan y cumplen las acciones comprometidas en el PTAR, informando los avances y resguardando la evidencia documental que genere.

8

ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Da seguimiento al PTAR, elaborar el RAT y Reporte Anual de Comportamiento de los riesgos para elaborar y presentar al Coordinador para su revisión y firma.

INTEGRACIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO



ATRIBUCIONES DEL COMITÉ

El Comité de Control Interno tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el orden del día;
II. Aprobar acuerdos para fortalecer el Sistema de Control Interno institucional, particularmente respecto a:
   a. El Informe Anual;
   b. El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del Programa de Trabajo de Control Interno, así como su reprogramación o replanteamiento;
   c. Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados del Secretario 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 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;
   b. El Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;
   c. El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y
   d. La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por la Secretaría, o instancias de fiscalización.
IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño institucional, particularmente con respecto a:
   a. El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero;
   b. La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados; y
   c. La revisión del cumplimiento de los programas, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.
V. Aprobar acuerdos para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias

formuladas por el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés por conductas contrarias al Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca, las Reglas de Integridad en la Administración Pública de Oaxaca, y los Lineamientos Generales para Propiciar la Integridad y el Comportamiento Ético de los Servidores Públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones.

VI. Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la institución, que elabore el Vocal Ejecutivo de las dependencias y entidades u órgano administrativo desconcentrado, así como de la Matriz de Indicadores de Resultados de los programas presupuestarios responsabilidad de la institución, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan.

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

VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;

IX. Ratificar las actas de las sesiones.

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

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

En el Comité se analizan los asuntos relacionados al Control Interno de la institución, este deberá celebrar cuatro sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de los asuntos.

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del último mes del trimestre que se reporta. A fin de no interrumpir la continuidad de las labores, las sesiones del Comité se celebrarán preferentemente, al inicio de la jornada laboral.

CALENDARIO DE SESIONES

PERIODO TRIMESTRAL	SESIÓN	FECHA
Enero- Marzo	1ª Ordinaria	Durante el mes de marzo
Abril-Junio	2ª Ordinaria	Durante el mes de junio
Julio- Septiembre	3ª Ordinaria	Durante el mes de septiembre
Octubre- Diciembre	4ª Ordinaria	Durante el mes de diciembre

CONVOCATORIAS

Las convocatorias las debe remitir el Vocal Ejecutivo a cada uno de los miembros e invitados señalando el lugar, la fecha, la hora y el orden del día, la cual deberá notificarse con anticipación de cinco días hábiles a la realización de las mismas, para el caso de sesiones extraordinarias bastará con dos días hábiles.

ORDEN DEL DIA

En sesión se analizarán los tema, programas o proceso que presenten retrasos en relación con lo programado al trimestre que se informa, derivado de las resultados presupuestarios, financieros, operativos y administrativos; a efecto de determinar los acuerdos que consignen

acciones, fechas y responsables de tomar decisiones para resolver las problemáticas y situaciones críticas para abatir el rezago informativo.

I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;
II. Aprobación del orden del día;
III. Ratificación del acta de la sesión anterior;
IV. Seguimiento de Acuerdos.
V. Cédula de problemáticas o situaciones críticas.
VI. Presentación del Reporte Anual del Análisis del Desempeño de las dependencias y entidades.
VII. Desempeño institucional.
   a) Programas Presupuestarios.
      1. El presupuesto ejercido contra el modificado.
      2. El cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.
   b) Proyectos de Inversión Pública.
      1. Del presupuesto ejercido contra el programado.
      2. Del físico alcanzado contra el programado.
      3. Del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización
   c) Pasivos contingentes.
   d) Plan Institucional de Tecnologías de Información

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

I. Programas con Padrones de Beneficiarios.
II. Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
III. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:
   a) Informe Anual, PTCI e Informe de Resultados.
   b) Reporte de Avances Trimestral del PTCI.
   c) Aspectos relevantes del Informe de Evaluación que emita la Dirección de Control Interno de la Gestión Pública al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.
IV. Proceso de Administración de Riesgos Institucional.
   a) Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como, Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
   b) Reporte de Avance Trimestral del PTAR.
   c) Aspectos relevantes del Informe de evaluación que emita la Dirección de Control Interno de la Gestión Pública al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.
V. Aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad.
   a) Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes.
   b) La descripción de las observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras.
VI. Asuntos Generales.
VII. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus miembros o invitados, podrán solicitar se incorporen al orden del día, asuntos trascendentes para el desarrollo institucional.

QUÓRUM LEGAL

El quórum legal del Comité se integra con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participe el Presidente, el Vocal Ejecutivo o sus suplentes.

Cuando no se reúna el quórum legal, el Vocal Ejecutivo levantará un acta circunstanciada de los hechos y emitirá la convocatoria a los miembros del Comité el siguiente día hábil para celebrar la sesión dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha originalmente programada.

SUPLENCIAS

Los miembros propietarios podrán nombrar suplente de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán solo en las ausencias justificadas de aquellos. Por excepción, las suplencias de los Vocales se podrán realizar hasta el nivel de subdirector o equivalente.

Para fungir como suplentes, los servidores públicos deberán contar con acreditación por escrito del miembro propietario dirigida al Vocal Ejecutivo, explicando la causa de la ausencia a la sesión y marcando copia de conocimiento al Secretario, misma de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica correspondiente. Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a los propietarios.

ACTAS

Por cada sesión se levantará el acta correspondiente, misma que se deberá foliar y deberá contener lo siguiente:

- Nombre y cargo de los asistentes.
- Asuntos tratados y síntesis de su deliberación.
- Acuerdos aprobados.
- Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión.

Los invitados solamente deberán firmar el acta cuando sean responsables de atender acuerdos específicos.

El Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar cinco días hábiles anteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

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

ACUERDOS

Para establecer acuerdos deberán contemplarse como mínimo los siguientes requisitos:

- Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la institución.
- Precisar los responsables de su atención.
- Fecha perentoria para su cumplimiento, la cual no podrá ser mayor a seis meses.
- Determinar el impacto de no cumplir el acuerdo en tiempo y forma, respecto de aspectos y programas sustantivos.

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

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

El Comité determinará los acuerdos relevantes que el Presidente hará del conocimiento al Órgano de Gobierno de las entidades y en el caso de los Órganos Desconcentrados a la Dependencia a que se encuentren adscritos.

REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS

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

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno Institucional 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.

Para evaluar el Sistema de Control Interno Institucional, 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 la implementación del sistema.

La institución determinará los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional, 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 macro proceso, estar concatenados entre sí, o que se ejecuten de manera transversal entre varias áreas.

Se podrán seleccionar los procesos utilizando alguno o varios de los siguientes criterios:

1. •Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Estatal de Desarrollo.
2. •Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos institucionales.
3. •Genera beneficios a la población o están relacionados con la entrega de subsidios.
4. •Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se otorgan a la ciudadanía.
5. •Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios (MIR).
6. •Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.
7. •Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad.
8. •Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

INFORME ANUAL

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

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de Control Interno;

b) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de Control Interno;

c) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de Control Interno, y

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

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

III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el Programa de Trabajo de Control Interno.

La evaluación del Sistema de Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo de Control Interno deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO

El Programa de Trabajo de Control Interno deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el Sistema de Control Interno Institucional, 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 Programa de Trabajo de Control Interno deberá presentar la firma de autorización del Titular de la institución, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del enlace del Sistema de Control Interno Institucional.

Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 diciembre de cada año.

La evidencia documental o electrónica que acredite la implementación de las acciones de mejora y avances reportados sobre el cumplimiento del Programa de Trabajo de Control Interno, deberá ser resguardada por los servidores públicos responsables de su implementación y deberá estar a disposición en cualquier momento.

ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO

El Programa de Trabajo de Control Interno podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por la Secretaría de la Contraloría, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al Programa de Trabajo de Control Interno original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la institución.

REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL

Deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente al titular de la Institución el avance de cumplimiento al Programa de Trabajo de Control Interno, a través del Reporte de Avances Trimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

a) Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que

se encuentran en proceso y porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;

b) 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.

ANEXOS

FICHAS TÉCNICAS PROGRAMA DE TRABAJO (PTCI)

FICHA TÉCNICA UNO	
LINEA DE ACCION (COMPONENTE DE CONTROL INTERNO)	1
PROYECTO	2
OBJETIVO	3

UNIDAD ADMINISTRATIVA LÍDER DEL PROYECTO	SERVIDOR PÚBLICO RESPONSABLE
4	5

ACTIVIDADES GENERALES	
1.1	6 (ENFOCADAS A LOS ELEMENTOS DE CONTROL DEL PRINCIPIO A FORTALECER)

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Actividad	Acción	Programación		Meta	Unidad de medida	Indicador de Gestión		Evidencia	Participantes
		Inicio	Termino						
1.1	**7**	8	9	10	11	12	CRÍTICO ((0-7) 0%-49% CON RIESGO (8-14) 50%-99% ACEPTABLE (15) 100%	13	14
							CRÍTICO (0-272) 0%-49% CON RIESGO (276-544) 50%-99% ACEPTABLE (545) 100%		

INSTRUCCIONES DE LLENADO.

1	Las líneas de acción son la expresión más concreta que se propone alcanzar a las metas propuestas, mismas que deben expresarse en función del o los componentes de control interno que deberán reforzarse a través de actividades generales y específicas de mejora comprometidas
2	Hace referencia a la planificación de un conjunto de acciones que se van a llevar a cabo para conseguir un fin determinado.
3	El fin al que se desea llegar o la meta que se pretende lograr. Es lo que impulsa a tomar decisiones o a perseguir sus aspiraciones.
4	Área que llevará el proyecto.
5	Nombre del Servidor público responsable de recabar y resguardar la información que se genere.
6	Actividad que engloba en su definición el conjunto de pasos a desarrollar. Cada una deberá expresarse en función del elemento de control que se fortalecerá con las actividades específicas para ese fin. (Los 33 elementos de control se definen en el MEMICI)
7	Descripción de la actividades a realizar para cumplir con una general establecida.
8	Fecha programada para el inicio de la acción.
9	Fecha programada para el termino de la acción.
10	Expresada en numero, es el objetivo a cumplir dentro de nuestra actividad
11	Es una cantidad estandarizada de una determinada magnitud, ej. Servidores públicos, firmas, acuses, reconocimientos.
12	Es una comparación entre dos o más tipos de datos que sirve para elaborar una medida cuantitativa o una observación cualitativa. Esta comparación arroja un valor, una magnitud o un criterio, que tiene significado para quien lo analiza. Se sugiere sea un porcentaje.
13	Documento o elemento que permite indicar una certeza manifiesta que resulta innegable y que no se puede dudar del cumplimiento de la actividad.
14	Área o áreas que participaran en la ejecución de la actividad.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

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

Proyecto o actividad	Área Responsable	Fecha límite	Duración	2019 Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Programa de Trabajo de Control Interno															
Línea de Acción I. Proyecto 1.		1													
1.1.1.	2	3	4												
1.1.2.															
1.1.3.															
1.2.1.															
1.3.1															
Línea de Acción I. Proyecto 2.															
2.1.1.															
2.1.2.															
2.1.3.															
2.2.1.															
2.3.1.															
2.4.1.															
Línea de Acción I. Proyecto 3.															
3.1.1.															
3.1.2.															
3.1.3.															
3.1.4.															
Línea de Acción II. Proyecto 1.															
1.1.1.															
1.2.1.															
1.2. N															
Línea de Acción III. Proyecto 1.															
1.1.1.															
1.2.1.															
1.3.1.															
1.1. N															
Línea de Acción III. Proyecto 2.															
2.1.1.															
2.2.1.															
2.2.2.															

INSTRUCCIONES DE LLENADO

1. Se transcribe cada linea de accion y proyecto respectivo determinado en las fichas técnicas.
2. Se establece el responsable de la actividad.
3. Fecha programada para el termino de la acción.
4. Se determina el tiempo en horas, dias o semanas la duracion de la acción.

Proyecto o actividad	Fecha inicio	Fecha término	2019 Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Programa de Trabajo de Control Interno														
Línea de Acción I.														
Proyecto 1.														
Proyecto 2.														
Proyecto 3.														
Proyecto N.														
Línea de Acción II.														
Proyecto 1.														
Proyecto N.														
Línea de Acción III.														
Proyecto 1.														
Proyecto 2.														
Proyecto N.														

LOGO DE LA INSTITUCIÓN.

REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL (OFICIO)

Oficio No.
Asunto: Se Remite Informe Trimestral
(F E C H A).

Mtro. José Ángel Díaz Navarro
Secretario de la Contraloría y Transparencia Gubernamental.
PRESENTE

Atn´ Ing. María José Jarquín Torres
Directora de Control Interno de la Gestión Pública
de la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental.
PRESENTE.

Con fundamento en lo establecido por el Acuerdo por el que se emite el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca el 05 de agosto de 2017, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial y hacer llegar de manera formal el REPORTE DE AVANCE correspondiente al (PRIMER/SEGUNDO/TERCER) TRIMESTRE del Programa de Trabajo de Control Interno de (D E P E N D E N C I A O E N T I D A D), con el objetivo de brindar un seguimiento periódico y puntual a las acciones de mejora comprometidas para el presente ejercicio.
En ese sentido, anexo remito CD con la evidencia correspondiente al avance reportado.

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

ATENTAMENTE

C. _____
Coordinador de Control Interno de
(D E P E N D E N C I A O E N T I D A D)

www.oaxaca.gob.mx

FORMATO DE REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL

REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO DE (DEPENDENCIA O ENTIDAD)

CUARTO TRIMESTRE

Al corte de: _____

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

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

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

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

ACCIONES DE MEJORA EN PROCESO AL TRIMESTRE REPORTADO:

A.M. con Avance Acumulado menor al 50%	A.M. con Avance Acumulado entre 51% y 80%	A.M. con Avance Acumulado entre 81% y 99%

- Detalle de acciones de mejora que se reportan como concluidas:

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

- Detalle de acciones de mejora que se reportan en proceso:

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

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, según corresponda:

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

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

(T E X T O)
(F E C H A)

ATENTAMENTE

C. _____
Coordinador de Control Interno de

LOGO DE LA INSTITUCIÓN

(DEPENDENCIA O ENTIDAD)

INFORME ANUAL (OFICIO)

Oficio No.
Asunto: Se Remite Informe Anual
(F E C H A).

Mtro. José Ángel Díaz Navarro
Secretario de la Contraloría y Transparencia Gubernamental.
PRESENTE

Atn´ Ing. María José Jarquín Torres
Directora de Control Interno de la Gestión Pública
de la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental.
PRESENTE.

Con fundamento en el artículo 21 del Acuerdo General por el que se Establece el Sistema de Control Interno de la Administración Pública Estatal, publicado en el Periódico Oficial del Estado el Oaxaca de 16 de Enero del 2016, me permito presentar en anexo, el INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL correspondiente al ejercicio 201X al interior de la (Dependencia o Entidad) de la Administración Pública Estatal a mi cargo, asi mismo se anexa de manera física y en CD la evidencia que sustenta lo a continuación informado, misma que consta de:

1. Los resultados de la aplicación de los Cuestionarios de Autoevaluación del Sistema de Control Interno por nivel de control interno (estratégico, directivo y operativo)
2. Los resultados de la aplicación de la Cédula de Autoevaluación del Sistema de Control Interno por Elemento de Control
3. Resultados alcanzados con el Programa de Trabajo de Control Interno
4. Programa de Trabajo de Control Interno para el presente ejercicio

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

Sin otro particular, envío a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE.

(TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.

www.oaxaca.gob.mx

FORMATO DE INFORME ANUAL

INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

(DEPENDENCIA O ENTIDAD**)**

EJERCICIO (#)

1.- Porcentaje General por Nivel de Control Interno:

El Sistema de Control Interno se divide en tres niveles para efectos de su implementación y actualización: estratégico, directivo y operativo, los cuales se encuentran vinculados con los componentes de control interno.

Nivel de Control	Grado de cumplimiento	Grado de madurez
ESTRATÉGICO	%	
DIRECTIVO	%	
OPERATIVO	%	

La información corresponde a los resultados de la aplicación de los Cuestionarios de Autoevaluación del Sistema de Control Interno por nivel de Control Interno (estratégico, directivo y operativo).

(REMITIR ANEXO AL PRESENTE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS TRES CUESTIONARIOS)

2.- Porcentaje General por Componentes de Control Interno:

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

No.	Sistema de Control Interno		
	Componente	Valoración (0 a 100)	Nivel detectado
1	Ambiente de Control	%	(inexistente, inicial, intermedio, avanzado u óptimo)
2	Administración de Riesgos	%	
3	Actividades de Control	%	
4	Informar y Comunicar	%	
5	Supervisión y Mejora Continua	%	

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

(REMITIR ANEXO AL PRESENTE LOS RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN EN FORMATO ESTABLECIDO POR LA DCIGP)

3.- Debilidades de Control Interno:

Como resultado de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno a través de los 33 Elementos de Control se detectaron debilidades correspondientes a los componentes del Sistema de Control Interno:

No.	Sistema de Control Interno				
	Componente	Elemento de Control Interno	Grado de cumplimiento	Área Responsable	Persona Responsable
1	Ambiente de Control	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 1 al 8)			
2	Administración de Riesgos	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 9 al 12)			
3	Actividades de Control	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 13 al 24)			
4	Informar y Comunicar	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 25 al 30)			
5	Supervisión y Mejora Continua	(enunciar el número que corresponda al o los elementos identificados del 31 al 33)			

4.- Resultados relevantes alcanzados con el Programa de Trabajo de Control Interno:

En este apartado se informa el avance total de las acciones programadas en el Programa de Trabajo de Control Interno.

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

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

5.- Acciones, tiempos y formas establecidas en el Programa de Trabajo de Control Interno del siguiente ejercicio:

Derivado del punto número 3 del presente informe surgen áreas de oportunidad a consecuencia de las debilidades detectadas, mismas que serán consideradas en el Programa de Trabajo para el presente ejercicio, así mismo, el que suscribe se compromete a cumplir en tiempo y forma con las acciones comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno aprobado conforme a lo establecido en el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Publico del Estado de Oaxaca

(REMITIR ANEXO AL PRESENTE EL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO PARA EL PRESENTE EJERCICIO).

No.	Sistema de Control Interno						
	Componente	Total de acciones de mejora	Trimestre				Área Responsable.
			1	2	3	4	
1	Ambiente de Control						
2	Administración de Riesgos						
3	Actividades de Control						
4	Informar y Comunicar						
5	Supervisión y Mejora Continua						

(FECHA)

ATENTAMENTE

_____

(TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.)

CRITERIOS DE SELECCIÓN (OFICIO)

Oficio No.
Asunto: Se remite Matriz de criterios de selección de procesos
(F E C H A).

Mtro. José Ángel Díaz Navarro
Secretario de la Contraloría y Transparencia Gubernamental.
PRESENTE

Atn´ Ing. María José Jarquín Torres
Directora de Control Interno de la Gestión Pública
de la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental.
PRESENTE.

Con fundamento en lo establecido por el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de noviembre de 2016, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial y hacer llegar de manera formal la MATRIZ DE CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS PARA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO, con el objetivo de analizar y verificar la existencia y operación de los elementos de control en los procesos seleccionados y así, determinar e informar con oportunidad, el estado que guarda el Sistema de Control Interno al interior de (D E P E N D E N C I A / E N T I D A D) correspondiente al presente ejercicio fiscal en curso.

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

ATENTAMENTE

C. _____
Coordinador de Control Interno de
(D E P E N D E N C I A O E N T I D A D)

www.oaxaca.gob.mx

FORMATO CRITERIOS DE SELECCIÓN

MATRIZ DE CRITERIOS ADOPTADOS PARA SELECCIONAR LOS PROCESOS PRIORITARIOS PARA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Fecha de elaboración: _____

DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS

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 Nacional 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. No mbre del proceso	Tipo		Unidad Responsable	Criterios de selección							
	Sustantivo	Administrativo		1	2	3	4	5	6	7	8
Proceso 1											
Proceso 2											
Proceso 3											
Proceso 4											
Proceso 5											

(FECHA)

ATENTAMENTE

_____

(TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.)

MATRIZ DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

IDENTIFICACIÓN Y ANALISIS

Cédula de Administración de Riesgos

Nombre de la dependencia o entidad:

Nombre del (la) enlace de Administración de Riesgos:

Cargo:

Fecha de la última actualización:

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL RIESGO								
No.	PROCESO	UNIDAD RESPONSABLE	RIESGO	CAUSA	EFECTO	FACTOR DE RIESGO	TIPO DE FACTOR	EFECTO DEL RIESGO
EJ. 1	CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN MODALIDAD DE HONORARIOS	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	CONTRATACIÓN IRREGULAR Y ERRORES DE PAGO	DESINFORMACIÓN RESPECTO A LOS REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN Y PLAZOS ESTABLECIDOS	ERRORES EN LA INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES E IMPEDIMENTO EN LA CONTRATACIÓN EN TIEMPIO Y FORMA	HUMANO	INTERNO	OPERACIONALES

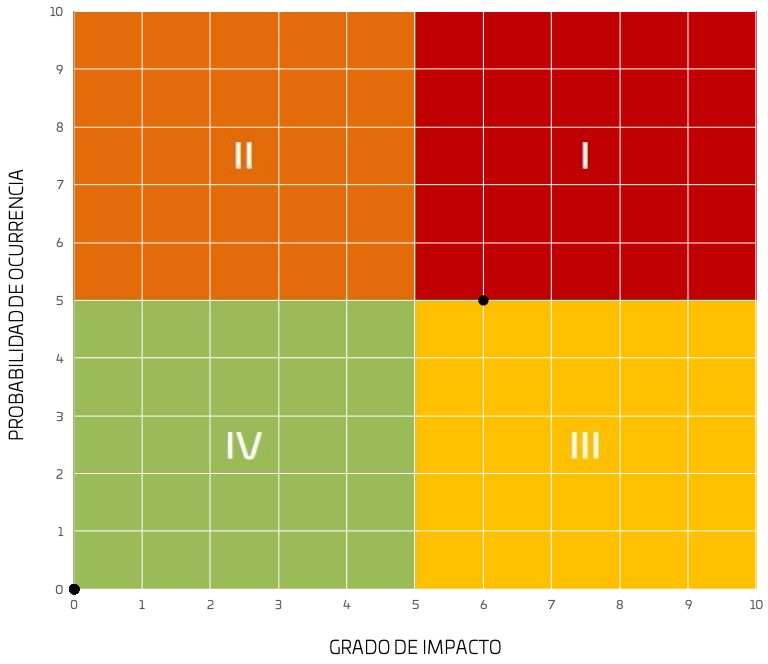
EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DEL RIESGO						
CONTROLES EXISTENTES		IMPACTO	ESCALA DE VALOR	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	ESCALA DE VALOR	CUADRANTE DEL MAPA DE RIESGOS
PREVENTIVOS	CORRECTIVOS					
NNGUNO	SOLCIITUD DE PAGOS RETROACTIVOS	MODERADO	6	RECURRENTE	9	CUADRANTE I.- RIEGOS DE ATENCIÓN INMEDIATA

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DEL RIESGO		
RESPUESTA AL RIESGO	ESTABLECIMIENTO DE ACTIVIDADES DE CONTROL	
	PREVENTIVAS/ RESPONSABLE	CORRECTIVAS / RESPONSABLE
MITIGAR	DESIGNACIÓN DE UN ENLACE ADMINISTRATIVO POR CADA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LA DEPENDENCIA, A TRAVÉS DEL CUAL SE INTERCAMBIARÁ INFORMACIÓN RESPECTO A CONTRATACIONES Y TIEMPOS DE ATENCIÓN	

MAPA DE RIESGOS



Oaxaca

JUNTOS CONSTRUIMOS EL CAMBIO