



## PRIMERA SECCION

ORGANO DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL  
ESTADO INDEPENDIENTE, LIBRE Y SOBERANO DE  
COAHUILA DE ZARAGOZA



# PERIODICO OFICIAL

TOMO CXXV

Saltillo, Coahuila, martes 6 de noviembre de 2018

número 89

REGISTRADO COMO ARTÍCULO DE SEGUNDA CLASE EL DÍA 7 DE DICIEMBRE DE  
1921.

FUNDADO EN EL AÑO DE 1860

LAS LEYES, DECRETOS Y DEMÁS DISPOSICIONES SUPERIORES SON OBLIGATORIAS POR EL  
HECHO DE PUBLICARSE EN ESTE PERIÓDICO

**MIGUEL ÁNGEL RIQUELME SOLÍS**  
Gobernador del Estado de Coahuila de Zaragoza

**JOSÉ MARÍA FRAUSTRO SILLER**  
Secretario de Gobierno y Director del Periódico Oficial

**ROBERTO OROZCO AGUIRRE**  
Subdirector del Periódico Oficial

## I N D I C E

### PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos Generales para propiciar la integridad a través de la conformación de los Comités de Ética en la Administración Pública Estatal.	2
ACUERDO por el que se emite el Manual Administrativo de aplicación estatal que establece las disposiciones en materia de Control Interno para el Estado de Coahuila de Zaragoza.	14
ACUERDO que tiene por objeto emitir las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública Estatal.	50
ESTADOS Financieros del Tercer Trimestre del 2018 del Instituto Estatal del Deporte de Coahuila de Zaragoza.	60
AVANCE de Gestión Financiera correspondiente al Tercer Trimestre del Ejercicio 2018 del municipio de Sacramento, Coahuila de Zaragoza.	66

TERESA GUAJARDO BERLANGA, Secretaria de Fiscalización y Rendición de Cuentas del Estado de Coahuila de Zaragoza, en ejercicio de las facultades que me confieren las fracciones I y XXIV del artículo 31 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Coahuila de Zaragoza, y el artículo 10 y las fracciones I y IV del artículo 11 del Reglamento Interior de la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas del Estado de Coahuila de Zaragoza, y

#### CONSIDERANDO

Que el Plan Estatal de Desarrollo 2017-2023 dentro del Eje de Integridad y Buen Gobierno, establece estrategias orientadas en lograr un manejo responsable y honesto de los recursos públicos y prevenir la corrupción, mediante la adopción de mecanismos con enfoque preventivo como lo es el Control Interno Institucional propiciando las condiciones para la mejora de la gestión pública.

Que el día 20 de agosto de 2013 se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, la Norma General de Control Interno como parte de las acciones instrumentadas en el Estado de Coahuila de Zaragoza 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 deben observar en el ámbito de la Administración Pública Estatal y que regula la implementación del modelo estándar de control interno y la metodología para la administración de riesgos, 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 dependencia o entidad.

Que derivado de los trabajos de la Comisión Permanente de Contralores Estados-Federación, se definió el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el sector público, el cual atiende al Sistema Nacional Anticorrupción y Sistema Nacional de Fiscalización, a los principios del control interno de la gestión y de los recursos públicos, estableciendo el modelo a seguir para estandarizar y homologar en todos los estados los criterios y conceptos en materia de Control Interno, para asegurar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales en la administración pública.

Que derivado de este supuesto, se revisó el marco normativo aplicable en materia de control interno a la Administración Pública Estatal, con objeto de identificar áreas de oportunidad para redefinir el esquema de la evaluación del control interno, fortalecer el proceso de administración de riesgos y optimizar el seguimiento en la implementación, emitiendo el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 21 de abril del 2017.

Que contar con un Sistema de Control Interno efectivo en las instituciones de la Administración Pública Estatal promueve la consecución de sus metas y objetivos, así como una eficiente administración de sus riesgos.

Que la implementación, mantenimiento y actualización del sistema de control interno es responsabilidad de los Titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, Órganos de Gobierno y demás servidores públicos, así como del Titular de la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas, que cuenta con la facultad de brindar la asesoría, apoyo y vigilancia del OIC para mantener el sistema de control interno de la institución operando y en un proceso de evaluación, fortalecimiento y mejora continua.

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

**ACUERDO POR EL QUE SE EMITE EL MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN  
ESTATAL QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO  
PARA EL ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** El presente Acuerdo tiene por objeto establecer el Manual Administrativo de Aplicación Estatal que establece las Disposiciones que las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal deberán observar para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua de su Sistema de Control Interno Institucional.

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

**DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO**

**TÍTULO PRIMERO  
DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO ÚNICO  
OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES**

**1. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

Los Titulares y, en su caso, el Órgano de Gobierno y los demás servidores públicos de las instituciones que integran la APE en sus respectivos niveles de control interno estratégico, directivo y operativo, establecerán, actualizarán, mantendrán y mejorarán su sistema de control interno, tomando como referencia el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público y como base las presentes Disposiciones.

**2. DEFINICIONES.**

Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

- I. **Acción de control:** las actividades determinadas e implantadas por los Titulares y demás servidores públicos de las instituciones para alcanzar los objetivos institucionales, así como prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;
- II. **Acción de mejora:** las actividades determinadas e implantadas por los Titulares y demás servidores públicos de las instituciones para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;
- III. **Administración:** los servidores públicos de mandos medios y superiores diferentes al Titular de la dependencia o entidad;
- IV. **Administración de riesgos:** el proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;

- V. **APE:** la Administración Pública Estatal;
- VI. **Área de oportunidad:** la situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;
- VII. **Autocontrol:** la implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos institucionales;
- VIII. **Auto Evaluación del Sistema de Control Interno:** el proceso coordinado entre la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas y la Unidad Especializada de Control Interno, que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen los 5 Componentes de Control Interno y sus 17 Principios, así como los elementos de control en sus tres niveles: estratégico, directivo y operativo;
- IX. **CGIG o Coordinación General de Innovación Gubernamental:** la unidad administrativa de la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas que a través de la Dirección de Desarrollo Administrativo responsable de asesorar y dar seguimiento a la implementación y mejora del Sistema de Control Interno Institucional en la APE.
- X. **COCODI o Comité de Control y Desempeño Institucional:** es un foro colegiado de apoyo en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento al desempeño institucional y control interno;
- XI. **Competencia profesional:** la cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación y experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de los individuos para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades;
- XII. **Control correctivo:** el mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones;
- XIII. **Control detectivo:** el mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;
- XIV. **Control Interno:** el proceso efectuado en las dependencias y/o entidades, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad;
- XV. **Control preventivo:** el mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de las metas y objetivos institucionales;
- XVI. **Debilidad de control interno:** la insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los órganos de fiscalización;
- XVII. **Dependencias:** las secretarías del ramo que conforman la administración pública centralizada conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Coahuila de Zaragoza;
- XVIII. **Disposiciones:** las Disposiciones en Materia de Control Interno establecidas en el presente Manual;
- XIX. **Economía:** los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida;

- XX. **Eficacia:** el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos;
- XXI. **Eficiencia:** el logro de objetivos y metas programadas mediante el aprovechamiento de los recursos;
- XXII. **Elementos de control:** los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada institución en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;
- XXIII. **Entidades:** los organismos públicos descentralizados, los organismos públicos de participación ciudadana, las empresas de participación estatal, los fideicomisos públicos y demás de naturaleza análoga que conforman la administración pública paraestatal conforme lo establece la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Coahuila de Zaragoza, así como la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Coahuila de Zaragoza;
- XXIV. **Expediente:** es el compendio de documentos que integran la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité;
- XXV. **Factor de riesgo:** la circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;
- XXVI. **Gestión de riesgos de corrupción:** el conjunto de actividades coordinadas que permiten a la dependencia o entidad identificar, analizar, evaluar y mitigar la ocurrencia de riesgos de corrupción inherentes al desarrollo de sus procesos;
- XXVII. **Impacto o efecto:** las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;
- XXVIII. **Informe Anual:** el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional;
- XXIX. **Informe de Auto-Evaluación:** el documento que muestra los resultados obtenidos de la dependencia o entidad y/o procesos autoevaluados con respecto a los 5 Componentes de Control Interno del MEMICI;
- XXX. **Integridad:** integridad en el sector público se refiere al uso apropiado de fondos, recursos, activos y atribuciones para los propósitos oficiales para los que están destinados;
- XXXI. **Institución:** las que se refieren en las fracciones XVII y XXIII del presente numeral;
- XXXII. **Líneas de reporte:** las líneas de comunicación, internas y externas, de todos los niveles de la organización que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones;
- XXXIII. **Mapa de riesgos:** la representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva;
- XXXIV. **MARI o Matriz de Administración de Riesgos Institucionales:** la herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la Institución, considerando las etapas de la metodología para la administración de riesgos;
- XXXV. **Mejora continua:** el proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica;
- XXXVI. **MEMICI o Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno del Sector Público:** el modelo conformado por los 5 Componentes de Control Interno y sus 17 Principios;
- XXXVII. **Objetivos institucionales:** el conjunto de objetivos emanados del Plan Estatal de Desarrollo y la Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Coahuila de Zaragoza, en particular de los programas sectoriales, institucionales y especiales, según corresponda;
- XXXVIII. **Órgano de Gobierno:** el cuerpo colegiado de la administración de las entidades de conformidad con el artículo 9 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Coahuila de Zaragoza;

- XXXIX. **OIC / Órgano Interno de Control:** los órganos encargados del control interno en las dependencias o entidades conforme lo establece la Ley del Sistema Anticorrupción del Estado de Coahuila de Zaragoza, así como la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Coahuila de Zaragoza;
- XL. **Probabilidad de ocurrencia:** la estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;
- XLI. **Procesos administrativos:** los procesos necesarios para la gestión interna de las dependencias o entidades y que dan soporte a los procesos sustantivos;
- XLII. **Procesos sustantivos:** aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la institución, es decir, con el cumplimiento de su misión;
- XLIII. **Programa presupuestario:** la categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas;
- XLIV. **PTAR o Programa de Trabajo de Administración de Riesgos:** el documento que establece las actividades calendarizadas a realizar como resultado del análisis de riesgos institucional;
- XLV. **PTCI o Programa de Trabajo de Control Interno:** el documento que se genera con las actividades calendarizadas a realizar considerando el resultado de la Auto-Evaluación del SCII;
- XLVI. **RAC o Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos:** el documento que refleja el impacto de las acciones realizadas en relación a los riesgos detectados;
- XLVII. **RAT o Reporte de Avance Trimestral:** el documento que refleja el avance de las actividades en materia de control interno calendarizadas en el PTCI y en el PTAR;
- XLVIII. **Revisiones de Control Interno:** las verificaciones que realiza la CGIG respecto a la evidencia del cumplimiento del PTCI y del PTAR;
- XLIX. **Riesgo:** el evento adverso e incierto externo o interno, que derivado de la combinación de su probabilidad de ocurrencia y el posible impacto pudiera obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales;
- L. **Riesgo de corrupción:** la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de una dependencia o entidad, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, de conformidad con lo que establece la Ley General de Responsabilidades Administrativas;
- LI. **SEFIRC:** la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas;
- LII. **Seguridad razonable:** el alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la dependencia o entidad serán alcanzados;
- LIII. **Sistema de Control Interno Institucional o SCII:** el conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una dependencia o entidad a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley;
- LIV. **Sistema de información:** el conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control de la dependencia o entidad;
- LV. **TIC's:** las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;
- LVI. **Unidad Especializada de Control Interno:** es un foro colegiado de apoyo en la implementación del Sistema de Control Interno Institucional;

- LVII. **Unidades administrativas:** las comprendidas en el reglamento interior, estatuto orgánico y/o estructura orgánica básica de una dependencia o entidad, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente; y
- LVIII. **Unidades Especializadas:** es un foro colegiado de apoyo en la implementación de procesos específicos del Sistema de Control Interno Institucional;

**TÍTULO SEGUNDO**  
**DE EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**  
**CAPÍTULO I**  
**DE EL OBJETIVO DE CONTROL INTERNO**

**3. CATEGORÍAS DEL OBJETIVO DEL CONTROL INTERNO.**

El control interno tiene como objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas de la dependencia o entidad dentro de las siguientes categorías:



- I. **Operación:** Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos;
- II. **Información:** Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación; y
- III. **Cumplimiento:** Observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones.

**CAPÍTULO II**  
**DE LOS COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO**

**4. COMPONENTES DEL MEMICI.**

El Sistema de Control Interno Institucional debe establecerse, implementarse, mantenerse y mejorarse considerando los 5 Componentes y 17 Principios que integran el MEMICI y que se mencionan a continuación:

COMPONENTES	PRINCIPIOS
Ambiente de Control	1. Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso
	2. Ejercer la Responsabilidad de Vigilancia
	3. Establecer la Estructura, Responsabilidad y Autoridad
	4. Demostrar Compromiso con la Competencia Profesional
	5. Establecer la Estructura para el Reforzamiento de la Reducción de Costos
Administración de Riesgo	6. Definir Objetivos
	7. Identificar, Analizar y Responder al Riesgo
	8. Considerar el Riesgo de Cambio
	9. Identificar, Analizar y Responder al Cambio
Actividades de Control	10. Diseñar Actividades de Control
	11. Diseñar Actividades para los Sistemas de Información
	12. Implementar Actividades de Control
Información y comunicación	13. Usar Información de Calidad
	14. Comunicar Internamente
	15. Comunicar Externamente
Supervisión	16. Realizar Actividades de Supervisión
	17. Evaluar los Problemas y Corregir las Deficiencias

**CAPÍTULO III**  
**DE LOS RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA**

## 5. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

Es responsabilidad de los Titulares y, en su caso, del Órgano de Gobierno, así como de los demás servidores públicos de las instituciones que integran la APE en sus respectivos niveles de control interno, establecer, implementar y mantener el SCII, así como evaluar y supervisar su funcionamiento, a través de la instrumentación de mecanismos, procedimientos específicos y acciones para su mejora continua acordes a las presentes Disposiciones.

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

## 6. DESIGNACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE CONTROL INTERNO.

La dependencia o entidad contará con una unidad especializada para la implementación del SCII conformada por un coordinador y tres enlaces.

El Titular de la dependencia o entidad designará a los integrantes atendiendo lo siguiente:

- I. **Coordinador de Control Interno:** Se designará a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior al Titular a fin de apoyar en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones, el nombramiento recaerá preferentemente en el Coordinador Administrativo o equivalente de la dependencia o entidad;
- II. **Enlace de Control Interno:** Se designará a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior al Coordinador de Control Interno a fin de apoyar en las actividades de supervisión y seguimiento;
- III. **Enlace de Administración de Riesgos:** Se designará a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior al Coordinador de Control Interno a fin de apoyar en el análisis de riesgos institucionales; y
- IV. **Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional:** Se designará a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior al Coordinador de Control Interno a fin de apoyar en el seguimiento de información del COCODI.

Se podrá designar a un servidor público que cubra la función de uno o dos Enlaces, pero al menos deberán designarse dos enlaces.

Se deberá notificar mediante oficio dirigido a la SEFIRC con copia a la CGIG dentro de los diez días siguientes a la designación, o en su caso sustitución, de los integrantes de la Unidad Especializada de Control Interno, indicando el nombre de la persona, el cargo que desempeña en la dependencia o entidad, el cargo que desempeñaba en el Sistema de Control Interno Institucional y sus datos de contacto, incluyendo el correo electrónico y teléfono.

## 7. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.

La SEFIRC, por sí, o a través de los OIC conforme a sus respectivas atribuciones, será responsable de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las presentes Disposiciones, así como de otorgar la asesoría y apoyo para la implementación de su SCII.



**CAPÍTULO IV**  
**RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**  
**INSTITUCIONAL**

**8. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.**

El control interno es responsabilidad tanto del Titular de la dependencia o entidad, como de la Administración y del resto de los servidores públicos, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

**I. GENÉRICAS:**

Todos los servidores públicos de la dependencia o entidad, son responsables de:

- a) Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables; y
- b) Atender la Auto-Evaluación y/o revisiones del SCII verificando el cumplimiento de los componentes, sus principios y elementos de control, así como proponer las acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua.

**II. DEL TITULAR Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD:**

El Titular y la Administración, son responsables de:

- a) Desarrollar la planeación estratégica de la dependencia o entidad considerando en ella los objetivos y metas, así como los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento.  
En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la dependencia o entidad para la consecución de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, los programas sectoriales, especiales y demás planes y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;
- b) Establecer, implementar, mantener y mejorar un SCII conforme a los 5 Componentes de Control Interno, sus 17 Principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
- c) Supervisar que se atienda la Auto-Evaluación y/o revisiones del SCII por lo menos una vez al año de conformidad con el calendario establecido por la SEFIRC;
- d) Verificar que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, y que se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;
- e) El Titular deberá aprobar el PTCl y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
- f) El Titular deberá aprobar la Matriz de Administración de Riesgos Institucionales (MARI) como resultado de la metodología para la administración de riesgos;
- g) Supervisar en la dependencia o entidad, que las unidades administrativas, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucionales conforme a la metodología para la administración de riesgos; y
- h) El Titular instruirá a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que

existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la MARI y el PTAR.

### III. DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO:

El Coordinador de Control Interno, es responsables de:

#### 1. En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con la dependencia o entidad, el OIC y la SEFIRC a través de la CGIG, en el establecimiento, la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;
- b) Acordar con el Titular de la dependencia o entidad las acciones para la implementación y operación del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno;
- c) Coordinar al interior de la dependencia o entidad, la aplicación de la Auto-Evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la dependencia o entidad, y
- d) Revisar con el Enlace de Control Interno y presentar para aprobación del Titular de la dependencia o entidad, el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avance Trimestral del PTCI.

#### 2. En la Administración de Riesgos:

- a) Acordar con el Titular de la dependencia o entidad la aplicación de la metodología para la administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso, así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la dependencia o entidad, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;
- b) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión;
- c) Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas de la dependencia o entidad, al Titular del OIC en su caso y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá la MARI, el Mapa de Riesgos y el PTAR, para la autorización del Titular;
- d) Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes Disposiciones que establece el Manual Administrativo y ser el canal de comunicación e interacción con el Titular de la dependencia o entidad y el Enlace de Administración de Riesgos;
- e) Revisar los proyectos de la MARI, el Mapa de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos;
- f) Revisar el Reporte de Avance Trimestral del PTAR y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos;
- g) Presentar anualmente para firma del Titular de la dependencia o entidad y el Enlace de Administración de Riesgos, la MARI, el Mapa de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos;
- h) Difundir la MARI, el Mapa de Riesgos y el PTAR, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas; y
- i) Comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la MARI, al Mapa de Riesgos y al PTAR determinados en el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.

**3. En el Comité de Control y Desempeño Institucional:**

- a) Determinar, conjuntamente con el Presidente y el Vocal Ejecutivo, los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y reflejarlos en la Orden del Día, así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la dependencia o entidad;
- b) Solicitar al Enlace del Comité que integre la información que compete a las unidades administrativas de la dependencia o entidad, para la conformación del expediente, a más tardar diez días hábiles previos a la celebración de la sesión; y
- c) Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y competente, previo a la celebración de la sesión.

**IV. DEL ENLACE DE CONTROL INTERNO:**

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la dependencia o entidad;
- b) Proponer las áreas administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la Auto-Evaluación y/o revisión del SCII;
- c) Establecer acciones de tal manera que se asegure que las unidades administrativas realicen la Auto-Evaluación de SCII de sus procesos prioritarios;
- d) Revisar con los responsables de las unidades administrativas, la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de los 5 Componentes de Control Interno, sus 17 Principios y elementos de control interno;
- e) Elaborar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- f) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- g) Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avance Trimestral del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno; y
- h) Mantener en resguardo el PTCI y los Reportes de Avance Trimestral del PTCI.

**V. DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:**

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas responsables de la administración de riesgos;
- b) Informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología para la administración de riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos (MARI), para tal efecto, se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos, propuesto por la CGIG;
- c) Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos institucionales de la MARI, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, el Reporte de Avance Trimestral del PTAR y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos;
- d) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
- e) Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR;
- f) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos Institucionales (MARI), el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los

servidores públicos de la dependencia o entidad, así como los determinados por el Comité o el Órgano de Gobierno, según corresponda; y

- g) Mantener en resguardo la Matriz (MARI), el Mapa, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, el Reporte de Avance Trimestral del PTAR y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

#### **VI. DEL ENLACE DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL:**

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la dependencia o entidad;
- b) Solicitar a las unidades administrativas de la dependencia o entidad la información suficiente, relevante y con 10 días hábiles de anticipación a la celebración del Comité;
- c) Remitir al Coordinador de Control Interno la información institucional consolidada para su revisión y validación;
- d) Integrar el expediente para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión; y
- e) Registrar el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

#### **VII. DE LA SEFIRC A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN GENERAL DE INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL:**

##### **1.- En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:**

- a) Asesorar a la dependencia o entidad de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;
- b) Apoyar a la dependencia o entidad en el proceso de Auto-Evaluación;
- c) Promover que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI se cumplan en tiempo y forma;
- d) Realizar revisiones a las acciones comprometidas en el PTCI a las evidencias que soporten los avances en la implementación; e
- e) Informar a las dependencias o entidades sobre las herramientas que se desarrollen para apoyar el seguimiento y control de aplicación del SCII.

##### **2. En la Administración de Riesgos:**

- a) Asesorar a la dependencia o entidad sobre el proceso de administración de riesgos;
- b) Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, estén orientadas en evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos ;
- c) Realizar revisiones a las acciones comprometidas en el PTAR a las evidencias que soporten los avances en la implementación; e
- d) Informar a las dependencias o entidades sobre las herramientas que se desarrollen para apoyar el seguimiento y control de aplicación del Análisis de Riesgos Institucionales.

#### **VIII. DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL**

##### **1. En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:**

- a) Vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI se cumplan en tiempo y forma;

- b) Recomendar la incorporación de elementos de control adicionales en las autoevaluaciones, considerando las deficiencias que llegará a identificar en el SCII;
- c) Evaluar el Reporte de Avance Trimestral del PTCL; y
- d) Presentar su opinión y/o comentarios sobre el PTCL.

## **2. En la Administración de Riesgos:**

- a) Vigilar que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, se orienten a evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos;
- e) Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya el Enlace de Administración de Riesgos;
- f) Evaluar el Reporte de Avance Trimestral del PTAR; y
- g) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

## **CAPÍTULO V**

### **DE LA EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

#### **SECCIÓN I**

#### **DE LA AUTO -EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**

#### **9. DE LA AUTO-EVALUACIÓN DEL SCII.**

El SCII de las dependencias y entidades anualmente deberá auto evaluarse, preferentemente en el mes de noviembre de cada ejercicio, por los servidores públicos responsables de los procesos prioritarios sustantivos y administrativos, en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los 5 Componentes de Control Interno, sus 17 Principios y elementos de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten, las cuales podrán ser verificadas y valoradas por la CGIG de la SEFIRC.

La Auto-Evaluación inicialmente deberá abarcar la totalidad de los procesos y conforme a los avances podrán realizarse auto evaluaciones para verificar la existencia y operación de los elementos de control de por lo menos cinco procesos prioritarios sustantivos y administrativos y como máximo los que determine la dependencia o entidad conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

La dependencia o entidad determinará y justificará los procesos prioritarios sustantivos y/o administrativos para la Auto-Evaluación del SCII. En ese sentido, los procesos seleccionados podrán ser aquellos que fomen parte de un mismo macro proceso, estar concatenados entre sí, o que se ejecuten de manera transversal entre varias áreas.

#### **I. Criterios de selección de los procesos para la Auto-Evaluación**

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

- a) Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidos en el Plan Estatal de Desarrollo y programas sectoriales, regionales, institucionales, especiales y/o transversales;

- b) Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la dependencia o entidad;
- c) Genera beneficios a la población 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;
- f) El monto de recursos presupuestales asignados;
- g) Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción; y
- h) Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

La dependencia o entidad deberá elaborar y remitir, preferentemente en el mes de octubre de cada año, a la CGIG de la SEFIRC una matriz en donde se señalen los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios, ya sean sustantivos o administrativos, en los cuales se realizará la Auto-Evaluación.

La Auto-Evaluación del SCII se realizará a través de cuestionarios, identificando la implementación y operación de los 5 Componentes de Control Interno y sus 17 Principios, conforme al mecanismo que establezca la CGIG de la SEFIRC.

El Coordinador de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que los responsables de los procesos prioritarios seleccionados, ya sean sustantivos o administrativos, apliquen la Auto-Evaluación con objeto de verificar la existencia y suficiencia de los elementos de control.

En relación a los resultados de la Auto-Evaluación, el responsable del proceso deberá establecer y comprometer acciones de mejora en el Programa de Trabajo de Control Interno, cuando se identifiquen debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII.

La SEFIRC a través de la CGIG, apoyará en la emisión del Informe de la Auto-Evaluación y lo hará del conocimiento de la dependencia o entidad correspondiente para que sea analizado y considerado dentro de su Informe Anual y para la integración del PTCl.

## **II. Informe de la Auto-Evaluación**

El informe contendrá:

- a) Porcentaje de cumplimiento por componente de control interno;
- b) Porcentaje de cumplimiento por nivel de responsabilidad;
- c) Propuestas; y
- d) Recomendaciones generales.

## **10. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES.**

Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, el Coordinador de Control Interno podrá incorporar en la Auto-Evaluación del SCII e implementación de los 17 Principios, elementos de control adicionales, mismos que retoman lo establecido en el MEMICI.

El OIC podrá recomendar la incorporación de elementos de control adicionales considerando las deficiencias que llegará a identificar en el SCII, sin embargo, será el Coordinador de Control Interno quien valorará la viabilidad y pertinencia de la inclusión de dichos elementos de control adicionales.

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

## SECCIÓN II

### DE EL INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL SCII

#### 11. DE SU PRESENTACIÓN.

Los Titulares de las dependencias o entidades presentarán los resultados obtenidos de la aplicación de la Auto Evaluación del Sistema de Control Interno en el Informe Anual a más tardar el 31 de enero de cada año, ante:

- a) La CGIG de la SEFIRC;
- b) El Titular del OIC;
- c) El en su caso, en su primera sesión ordinaria; y
- d) El Órgano de Gobierno, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

#### 12. DE LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN.

El Informe Anual se integrará con los siguientes apartados:

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

El informe de la Auto-Evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte del mismo, ambos documentos se incorporarán en un expediente.

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

La CGIG de la SEFIRC podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al 31 de enero de cada año.

## **SECCIÓN III DE LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DE EL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO**

### **14. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.**

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

El PTCI deberá presentar la firma de autorización del Titular de la dependencia o entidad, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace de Control Interno.

Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 diciembre de cada año, en caso contrario, se deberá documentar y presentar ante el Comité las justificaciones correspondientes, considerando que las acciones deberán incluirse dentro de las acciones comprometidas en el PTCI del siguiente año.

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

### **15. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.**

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

### **16. REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL DEL PTCI.**

- I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente al Titular de la dependencia o entidad el resultado, a través del RAT, 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 Institucional; y
  - d) Firma del Coordinador de Control Interno.
- II. El Coordinador de Control Interno deberá presentar dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre dicho reporte:
- a) A la CGIG de la SEFIRC;
  - b) Al Titular del OIC, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación, y
  - c) Al Comité u Órgano de Gobierno, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre.

#### **17. EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL DEL PTCI.**

El Titular del OIC presentará en las sesiones ordinarias del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avance Trimestral del PTCI, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

#### **18. REVISIONES DE LA SEFIRC A TRAVÉS DE LA CGIG AL REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL DEL PTCI.**

La SEFIRC a través de la CGIG, podrá llevar a cabo revisiones para asegurar el cumplimiento de las acciones comprometidas en el PTCI, a través de evidencias documentales y/o electrónicas y así detectar la necesidad de asesoría.

### **SECCIÓN IV DE LA EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL INFORME ANUAL Y PTCI**

#### **19. INFORME DE RESULTADOS.**

El Titular del OIC evaluará el Informe Anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados antes de la primera sesión ordinaria del COCODI:

- I. Al Titular de la dependencia o entidad; y
- II. A la CGIG de la SEFIRC.

Así mismo deberá presentar los resultados al Comité o, en su caso, al Órgano de Gobierno durante la primera sesión ordinaria.

#### **20. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.**

El Informe de Resultados de la evaluación del Titular del OIC deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

- I. La evaluación aplicada por la dependencia o entidad en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;
- II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado;
- III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional; y
- IV. Conclusiones y recomendaciones.

Los servidores públicos responsables de las unidades administrativas y/o procesos de la dependencia o entidad, deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el OIC, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

**TÍTULO TERCERO**  
**DE LA METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**  
**CAPÍTULO I**  
**DE EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**21. INICIO DEL PROCESO.**

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los titulares de todas las unidades administrativas de la dependencia o entidad, el Titular del OIC, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la MARI y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

**22. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA.**

La metodología para la administración de riesgos que se describe en el presente numeral deberá tomarse como base para la metodología que se aplique en cada dependencia o entidad, misma que deberá estar debidamente autorizada por el Titular de la dependencia o entidad y documentada su aplicación en una MARI.

**I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.**

Se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Considerar el plan estratégico institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la dependencia o entidad como los procesos prioritarios sustantivos y/o administrativos, así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos;
- b) Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento; y
- c) Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción.

Lo anterior debe tener como propósito:

1. Establecer un contexto apropiado;
2. Asegurar que los objetivos, metas y procesos de la dependencia o entidad sean comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;
3. Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción; y
4. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la dependencia o entidad para el adecuado análisis de los riesgos.

## II. CONTEXTO.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Describir el entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad, según sea el caso, de la dependencia o entidad, a nivel internacional, nacional y regional;
- b) Describir las situaciones intrínsecas de la dependencia o entidad, relacionadas con su estructura; atribuciones; procesos; objetivos; estrategias; recursos humanos, materiales y financieros; programas presupuestarios y la evaluación de su desempeño; así como su capacidad tecnológica bajo las cuales se pueden identificar sus fortalezas y debilidades para responder a los riesgos que sean identificados;
- c) Identificar y seleccionar los supuestos definidos en los procesos de la dependencia o entidad, a fin de contar con un conjunto sistemático de eventos adversos de realización incierta que tienen el potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este conjunto deberá utilizarse como referencia en la identificación y definición de los riesgos; y
- d) Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales.

## III. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

- a) **Identificación, selección y descripción de riesgos.** Se realizará con base en las metas y objetivos institucionales, y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucionales.

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

En la descripción de los riesgos se deberá considerar la siguiente estructura general: sustantivo, verbo en participio y, adjetivo, adverbio o complemento circunstancial negativo o bien en su caso, los riesgos podrán ser una connotación negativa del objetivo establecido. Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.



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

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

**c) Clasificación de los riesgos.**

De acuerdo a la descripción del Riesgo, se debe seleccionar la clasificación a la que corresponda, considerando el origen más representativo del riesgo identificado.

1. Sustantivo;
2. Administrativo;
3. Legal;
4. Financiero;
5. Presupuestal;
6. Servicios;
7. Seguridad;
8. Obra Pública;
9. Recursos Humanos;
10. Imagen;
11. TIC'S;
12. Salud; u
13. Otra.

**d) Identificación de factores de riesgo.** Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:

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

VII. **Entorno:** Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

- e) **Tipo de factor de riesgo:** Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:
  - I. **Interno:** Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización; y
  - II. **Externo:** Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.
  
- f) **Identificación de los posibles efectos de los riesgos.** Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, en caso de materializarse el riesgo identificado;
  
- g) **Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles como una valoración inicial.** La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la siguiente escala de valor:

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	<b>Catastrófico</b>	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Institución y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos de la Institución.
9		
8	<b>Grave</b>	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	<b>Serio</b>	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		
4	<b>Moderado</b>	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	<b>Insignificante</b>	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Institución.

1		
---	--	--

- h) Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles.**  
La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los factores de riesgo, considerando las siguientes escalas de valor:

Escala de Valor	Probabilidad de Ocurrencia	Descripción
10	<b>Recurrente</b>	Probabilidad de ocurrencia muy alta.
9		
8	<b>Muy probable</b>	Probabilidad de ocurrencia alta.
7		
6	<b>Probable</b>	Probabilidad de ocurrencia media.
5		
4	<b>Inusual</b>	Probabilidad de ocurrencia baja.
3		
2	<b>Remota</b>	Probabilidad de ocurrencia muy baja.
1		

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

#### IV. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos;
- b) Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos;
- c) Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo;
- d) Identificar en los controles lo siguiente:

**1. Suficiencia:** Cuando se cumplen todos y cada uno de los siguientes requisitos y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.

- a. Está documentado: Que se encuentra descrito;
- b. Está formalizado: Se encuentra autorizado por servidor público facultado;
- c. Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control; y

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

2. **Deficiencia:** Cuando no reúna alguna de los requisitos anteriores.

- e) Determinar si el riesgo está controlado suficientemente, cuando todos sus factores cuentan con controles suficientes.

#### V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

**Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo.** En esta etapa se realizará la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la dependencia o entidad de no responder adecuadamente ante ellos, considerando los siguientes aspectos:

- a) La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;
- b) Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;
- c) Si alguno de los controles del riesgo son deficientes, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial; y
- d) La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, así como la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de controles.

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

#### VI. MAPA DE RIESGOS.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos (MARI) y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical. La representación gráfica del Mapa de Riesgos deberá contener los cuadrantes siguientes:

- a) **Cuadrante I. Riesgos de Atención Inmediata.**- Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 de ambos ejes;
- b) **Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica.**- Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5;

- c) **Cuadrante III. Riesgos Controlados.-** Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes; y
- d) **Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento.-** Tienen baja probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

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

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por cada factor de riesgo. Se deberá realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:
  - 1. **Evitar el riesgo.-** Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que si una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas;
  - 2. **Reducir el riesgo.-** Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia como acciones de prevención y el impacto como acciones de contingencia, tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles;
  - 3. **Asumir el riesgo.-** Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III, relativo a los Riesgos Controlados establecido en la fracción anterior, de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia;
  - 4. **Transferir el riesgo.-** Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:
    - **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, implica también el renunciar a la posibilidad de una ganancia;
    - **Aseguramiento:** Significa pagar una prima para que en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.  
La diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección consiste en que al recurrir a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible, y cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible; y
    - **Diversificación:** Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.
  - 5. **Compartir el riesgo.-** Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes unidades



administrativas de la dependencia o entidad, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

- b) Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, las cuales se incorporarán en el PTAR.
- c) Para los riesgos de corrupción que hayan identificado las Instituciones, éstas deberán contemplar solamente las estrategias de evitar y reducir el riesgo, toda vez que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, en tanto que lesionan la imagen, la credibilidad y la transparencia de las Instituciones.

### **23. DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.**

En la identificación de riesgos de corrupción se podrá aplicar la MARI, tomando en consideración para las etapas que se enlistan, los siguientes aspectos:

#### **a) Comunicación y consulta.**

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

#### **b) Contexto.**

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

#### **c) Evaluación de riesgos respecto a controles.**

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

### **24. TOLERANCIA AL RIESGO.**

La Administración deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por la dependencia o entidad. En donde la tolerancia al riesgo se debe considerar como el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento cabal del objetivo estratégico, respecto de su grado real de cumplimiento. Una vez definidos los niveles de tolerancia, los responsables de cada riesgo deben supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia, mediante indicadores que para tal efecto establezcan, reportando en todo momento al Titular de la dependencia o entidad y al Coordinador de Control Interno, en caso de que el riesgo exceda el nivel de tolerancia establecido.

No operará en ningún caso la definición de niveles de tolerancia para los riesgos de corrupción y de actos contrarios a la integridad, así como para los que impliquen incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, o que causen la suspensión o deficiencia de dicho servicio, por parte de las áreas administrativas que integran la dependencia o entidad.

### **25. SERVICIOS TERCERIZADOS.**

La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la dependencia o entidad, tales como servicios de tecnologías de información y

comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará al responsable del servicio, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar la implementación y operación de los controles, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno de la dependencia o entidad.

La Administración debe determinar si los controles internos establecidos por los servicios tercerizados son apropiados para asegurar que la dependencia o entidad alcance sus objetivos y responda a los riesgos asociados, o si se deben establecer controles complementarios en el control interno de la dependencia o entidad.

## **CAPÍTULO II**

### **SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

#### **26. PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**

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

- I. Los riesgos;
- II. Los factores de riesgo;
- III. Las estrategias para administrar los riesgos, y
- IV. Las acciones de control registradas en la MARI, las cuales deberán identificar::
  - a) Unidad administrativa que compete realizar la acción;
  - b) Responsable de su implementación;
  - c) Las fechas de inicio y término; y
  - d) Medios de verificación.

#### **27. REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL DEL PTAR.**

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos para informar trimestralmente al Titular de la dependencia o entidad el resultado, a través del Reporte de Avance Trimestral del PTAR, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

- a) Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y el porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;
- b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso 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 control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el SCII y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
- d) Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.

El Coordinador de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avance Trimestral del PTAR dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre:

- I. A la CGIG de la SEFIRC;
- II. Al Titular del OIC; y
- III. Al Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda, en las sesiones ordinarias como sigue:
  - a) Reporte de Avance del primer trimestre en la segunda sesión;
  - b) Reporte de Avance del segundo trimestre en la tercera sesión;
  - c) Reporte de Avance del tercer trimestre en la cuarta sesión; y
  - d) Reporte de Avance del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

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

#### **28. EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL DEL PTAR.**

El Titular del OIC presentará en las sesiones ordinarias del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avance Trimestral del PTAR, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

#### **29. REVISIONES DE LA SEFIRC A TRAVÉS DE LA CGIG AL REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL DEL PTAR.**

La SEFIRC a través de la CGIG, podrá llevar a cabo revisiones para asegurar el cumplimiento de las acciones comprometidas en el PTAR, a través de evidencias documentales y/o electrónicas.

#### **30. DEL REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.**

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

- I. Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos;
- II. Comparativo del total de riesgos por cuadrante;
- III. Variación del total de riesgos por cuadrante; y
- IV. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

El Reporte Anual de comportamiento de los riesgos, deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos, y será presentado por el Titular de la dependencia o entidad al Comité o al Órgano de Gobierno, según corresponda, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

Para apoyar el registro y documentación del Proceso de Administración de Riesgos, la CGIG pondrá a disposición de las dependencias y entidades una herramienta para el análisis tanto de los riesgos generales como los de corrupción.

### **TÍTULO CUARTO DE EL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**

## CAPÍTULO I DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ

### 31. OBJETIVOS DEL COMITÉ.

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

- I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;
- II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;
- III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;
- IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;
- V. Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus 5 Componentes, 17 Principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTCI y acciones de control del PTAR;
- VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar la materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de órganos fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de las mismas;
- VII. Revisar el cumplimiento de programas de la dependencia o entidad; y
- VIII. Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten. Cuando se trate de entidades, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones o su equivalente en los órganos administrativos desconcentrados.

## CAPÍTULO II DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

### 32. DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.

Todas las dependencias o entidades constituirán un Comité, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

- I. **El Presidente:** Que será el Titular de la dependencia o entidad;
- II. **El Vocal Ejecutivo:** Que será el Titular del OIC; y
- III. **Los Vocales siguientes:**
  - a) El Titular de la Unidad de Administración y/o Finanzas o equivalente.
  - b) El Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos o equivalente.

- c) El Titular de la Unidad de Tecnologías de Información o equivalente
- d) El Coordinador de Control Interno, cuando no sea el Titular de la Unidad de Administración.  
Titular del resto de las Unidades Administrativas de la Institución.

En el caso de las entidades podrán incluir en sus sesiones de Órgano de Gobierno dentro del Orden del Día, de forma permanente y complementaria, los temas que se establecen para el Comité de Control y Desempeño Institucional, se considerará que el primero asume las funciones de este último.

En caso de los órganos administrativos desconcentrados que no cuenten con un OIC adscrito dentro de su estructura orgánica, el Titular de la entidad podrá formular una solicitud al Presidente del COCODI de la dependencia a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, para que determine si en sus sesiones serán tratados los asuntos del órgano administrativo desconcentrado que corresponda o en su caso, determinar la pertinencia de constituir un Comité propio, informando a la SEFIRC de lo acordado.

Dentro de las sesiones del Comité tendrá participación, en su caso el comisario de conformidad a lo establecido en el punto 39.

### **33. DE LOS INVITADOS.**

Se podrán incorporar al Comité como invitados:

- a) Los responsables de las áreas de la dependencia o entidad competentes de los asuntos a tratar en la sesión;
- b) Los servidores públicos de la APE, internos o externos a la dependencia o entidad que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución;
- c) Personas externas a la APE, expertas en asuntos relativos a la dependencia o entidad, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del Presidente;
- d) El Titular del órgano administrativo desconcentrado, en las sesiones del Comité de la dependencia a la que se encuentra jerárquicamente subordinado, en caso de que los temas a que se refieren las presentes Disposiciones, sean tratados en el COCODI de dicha dependencia;
- e) El representante de la CGIG, designado por la SEFIRC;
- f) Los Enlaces de Control Interno, de Administración de Riesgos y del Comité; y
- g) Los demás que el Comité considere necesario convocar.

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

El invitado representante de la CGIG, deberá ser convocado invariablemente a las sesiones del Comité, su designación será comunicada por el Titular de la CGIG por escrito al Vocal Ejecutivo.

### **34. DE LOS SUPLENTE.**

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

Los suplentes designados deberán contar con el conocimiento sobre los temas de la dependencia o entidad, así como con capacidad de decisión sobre los asuntos que se presenten ante el Comité, lo anterior deberá ser verificado por el Presidente y el Vocal Ejecutivo del Comité.

Para fungir como suplentes, los servidores públicos deberán contar con la designación por escrito del miembro propietario dirigida al Vocal Ejecutivo, de la que deberá dejar constancia en el acta y en un expediente.

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

### **CAPÍTULO III DE LAS ATRIBUCIONES DEL COMITÉ Y FUNCIONES DE LOS MIEMBROS**

#### **35. ATRIBUCIONES DEL COMITÉ.**

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Aprobar el Orden del Día;
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:
  - a) El Informe Anual;
  - b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI conforme al Reporte de Avance Trimestral del PTCI y en su caso su reprogramación o replanteamiento;
  - c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados del Titular del OIC derivado de la evaluación del Informe Anual;
  - d) La atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia;
- III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:
  - a) La revisión del PTAR, con base en la MARI y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;
  - b) El Reporte de Avance Trimestral del PTAR;
  - c) El análisis del Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos;
  - d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por el OIC o por otras instancias externas de fiscalización;
- IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño institucional, particularmente con respecto a:
  - a) El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero;
  - b) La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados;
  - 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 denuncias, inconformidades, procedimientos de responsabilidad administrativa, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética por conductas contrarias al Código de Ética y Conducta para los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Coahuila de Zaragoza, las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública Estatal y al Código de Conducta emitido por cada dependencia o entidad;
- VI. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;
- VII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;

- VIII. Ratificar las actas de las sesiones; y
- IX. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

### **36. DE LAS FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ.**

El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la dependencia o entidad;
- II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;
- III. Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;
- IV. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados externos ajenos a la APE;
- V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, conforme a lo siguiente:
  - a) Al Órgano de Gobierno de las entidades, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración de la sesión ordinaria del Comité.
  - b) En el caso de los órganos administrativos desconcentrados, al Titular de la dependencia a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, dentro de los diez días hábiles siguientes al de la fecha de la sesión ordinaria del Comité.
- VI. Fomentar la actualización de conocimientos y capacidades de los miembros propietarios en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

### **37. DE LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS.**

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité las funciones siguientes:

- I. Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité;
- II. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité;
- III. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité;
- IV. Proponer la participación de invitados externos a la APE;
- V. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
- VI. Analizar el expediente de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos; y
- VII. Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la MARI.

### **38. DE LAS FUNCIONES DEL VOCAL EJECUTIVO.**

El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de los miembros e invitados y verificar el quórum legal;
- II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;
- III. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de Orden del Día;

- IV. Validar que la información institucional fue integrada por el Enlace del Comité para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión;
- V. Presentar por sí, o en coordinación con la dependencia o entidad, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la MARI;
- VI. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables;
- VII. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo; y
- VIII. Verificar la integración de un expediente por parte del Enlace del Comité, respecto de la información que compete a las unidades administrativas de la dependencia o entidad.

#### **39. DE LAS FUNCIONES DEL COMISARIO PÚBLICO.**

Funciones del Comisario Público:

- I. Participar con voz, pero sin voto, en las sesiones;
- II. Promover la atención de los acuerdos del Comité, ante las instancias que correspondan;
- III. Comunicar, en su caso, al Presidente y/o Vocal Ejecutivo, las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, cuando en el desempeño de sus funciones así lo estime pertinente; y
- IV. Vigilar el cumplimiento de lo establecido en el Título Cuarto de las presentes Disposiciones.

Las funciones enunciadas en este numeral, serán complementarias a las señaladas en la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Coahuila de Zaragoza.

### **CAPÍTULO IV DE LAS POLÍTICAS DE OPERACIÓN SECCIÓN I DE LAS SESIONES**

#### **40. DEL TIPO DE SESIONES Y PERIODICIDAD.**

El Comité celebrará cuatro sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de asuntos específicos relativos al desempeño institucional, debiendo celebrarse preferentemente al inicio de la jornada laboral, con objeto de no interrumpir la continuidad de las labores.

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del trimestre posterior al que se reporta, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de cada trimestre del ejercicio, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones; en el caso de los órganos administrativos desconcentrados y de las entidades, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del órgano de gobierno o equivalente, según corresponda.

#### **41. DE LAS CONVOCATORIAS.**



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

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

#### **42. DEL CALENDARIO DE SESIONES.**

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

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

#### **43. DEL DESARROLLO DE LAS SESIONES Y REGISTRO DE ASISTENCIA.**

Las sesiones se llevarán a cabo de manera presencial, con la finalidad de analizar, plantear y discutir los asuntos y sus alternativas de solución.

En cada reunión se registrará la asistencia de los participantes, recabando las firmas correspondientes.

#### **44. DEL QUÓRUM LEGAL.**

El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participen el Presidente y el Vocal Ejecutivo o en su caso los respectivos suplentes.

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

### **SECCIÓN II DE LA ORDEN DEL DÍA**

#### **45. DEL ORDEN DEL DÍA.**

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

El Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

- I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;

- II. Aprobación del Orden del Día;
- III. Ratificación del acta de la sesión anterior;
- IV. Seguimiento de Acuerdos: Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual en caso de no cumplirse, el Vocal Ejecutivo y el Titular del OIC deberán determinar las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones;
- V. Temas a abordar: El Titular conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, determinarán los puntos que serán tratados en el Comité considerando los siguientes:
  - a) Control Interno;
  - b) Cuenta Pública;
  - c) Fiscalización y Auditoría;
  - d) Transparencia e Integridad, entre otros;
- VI. Asuntos Generales: En este apartado se presentarán las dificultades o situaciones que causan problemas para ser analizadas e identificar las debilidades de control interno o riesgos, mismos que deberán ser revisados y tratados en la siguiente sesión del Comité; y
- 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, invitados o el Órgano de Vigilancia, podrán solicitar se incorporen al Orden del Día los asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

### **SECCIÓN III DE LOS ACUERDOS**

#### **46. REQUISITOS DE LOS ACUERDOS.**

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

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

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

#### **47. ENVÍO DE ACUERDOS PARA SU ATENCIÓN.**

El Vocal Ejecutivo remitirá los acuerdos a los responsables de su atención, a más tardar 5 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente.

#### **48. REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS.**

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

### **SECCIÓN IV DE LAS ACTAS**

#### **49. REQUISITOS DEL ACTA.**

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

- I. Nombres y cargos de los asistentes;
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- III. Acuerdos aprobados; y
- IV. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión, el Comisario Público según corresponda, y del representante de la CGIG de SEFIRC. Los demás invitados de la dependencia o entidad que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

#### **50. ELABORACIÓN DEL ACTA Y DE SU REVISIÓN.**

El Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

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

### **SECCIÓN V DE LA INTEGRACIÓN DE UN EXPEDIENTE**

#### **51. DE LAS SESIONES.**

El expediente de información deberá estar integrada a más tardar en la fecha que se remita la convocatoria y contendrá la información del periodo trimestral acumulado al año que se reporta, relacionándola con los conceptos y asuntos del Orden del Día.

A fin de favorecer la toma de decisiones, se podrá incorporar información actualizada posterior al cierre trimestral, excepto cuando se trate de información programática, presupuestaria y financiera

del cierre del ejercicio fiscal, la cual se presentará en la primera sesión ordinaria del Comité de cada ejercicio.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Las disposiciones que establece el presente Manual Administrativo de Aplicación Estatal que establece las Disposiciones en Materia de Control Interno para el Estado de Coahuila de Zaragoza, deberán adoptarse por las dependencias y entidades con la finalidad de que se implemente el SCII que conlleve al cumplimiento de los objetivos establecidos en cada una de ellas.

**ARTÍCULO CUARTO.-** La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la Coordinación General de Innovación Gubernamental de la SEFIRC.

**ARTÍCULO QUINTO.-** Las Disposiciones que establece el presente Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de control interno a que se refiere el presente Acuerdo, deberán revisarse cuando menos una vez al año por la Coordinación General de Innovación Gubernamental de la SEFIRC para efectos de su actualización de resultar procedente.

**ARTÍCULO SEXTO.-** La SEFIRC por sí o a través de los Órganos Internos de Control de las dependencias y entidades de la APE, vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo.

**ARTICULO SÉPTIMO.-** La SEFIRC a través de la Coordinación General de Innovación Gubernamental otorgará la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos para implementar y mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua.

#### TRANSITORIOS

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

**SEGUNDO.-** Se aboga la Norma General de Control Interno publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 20 de agosto de 2013.

**TERCERO.-** Los acuerdos establecidos por los Comités de Control Interno designados previo a la fecha de entrada en vigor de este ordenamiento y que se encuentren pendientes de atención, se les dará seguimiento para su atención por parte de la Unidad Especializada de Control Interno.

**CUARTO.-** El Titular de la SEFIRC deberá establecer y/o renovar el compromiso de implementación del Sistema de Control Interno Institucional con el Titular de cada dependencia o entidad a través de la firma de una Carta Compromiso a la entrada en vigor del presente documento.

**QUINTO.-** El Titular de la dependencia o entidad, deberá ratificar y/o nombrar a la Unidad Especializada de Control Interno, conformada por el Coordinador de Control Interno así como por

los tres Enlaces y comunicarlo a la SEFIRC dentro de los 30 días hábiles de la entrada en vigor del presente Acuerdo.

**SEXTO** - El Titular de la dependencia o entidad deberá integrar el COCODI y comunicarlo a la SEFIRC dentro de los 45 días hábiles de la de la entrada en vigor del presente Acuerdo.

**SEPTIMO**.- El cumplimiento a lo establecido en el presente Acuerdo se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que tengan asignados las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, por lo que no implicará la creación de estructuras ni la asignación de recursos adicionales.

Coahuila de Zaragoza, a 31 de octubre de dos mil dieciocho.

**LIC. TERESA GUAJARDO BERLANGA**  
**SECRETARIA DE FISCALIZACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS**  
(RÚBRICA)