

Acuerdo SCG 16/2018 por el que se modifican los Lineamientos para la implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública estatal

Miguel Antonio Fernández Vargas, secretario de la Contraloría General, con fundamento en los artículos 8, párrafo cuarto, del Código de la Administración Pública de Yucatán; y 525, fracciones I y II, del Reglamento del Código de la Administración Pública de Yucatán, y

Considerando

Que el 10 de febrero de 2017 se publicó, en el diario oficial del estado, el Acuerdo SCG 11/2017, de la Secretaría de la Contraloría General, mediante el cual se expidieron los Lineamientos para la implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública estatal.

Que los lineamientos previamente referidos, de acuerdo con su artículo 1, tienen por objeto normar la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública centralizada y paraestatal del estado de Yucatán.

Que el 18 de julio de 2017 se publicó, en el diario oficial del estado, el Decreto 506/2017 por el que se modifica el Código de la Administración Pública de Yucatán, en materia de combate a la corrupción, a través del cual se incluyeron atribuciones nuevas para la Secretaría de la Contraloría General así como diversas disposiciones relativas a los órganos de control interno.

Que el decreto antes referido estableció, en su artículo transitorio tercero, la obligación de la Secretaría de la Contraloría General de actualizar los Lineamientos para la implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública estatal, en un plazo de ciento ochenta días naturales, contado a partir de su entrada en vigor.

Que resulta necesario actualizar los lineamientos en materia de control interno institucional aplicable para las dependencias y entidades de la Administración Pública estatal para adecuar sus disposiciones a la reforma al Código de la Administración Pública de Yucatán y dar cumplimiento a la obligación normativa incluida en su artículo transitorio tercero, por lo que he tenido a bien expedir el presente:

Acuerdo SCG 16/2018 por el que se modifican los Lineamientos para la implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública estatal

Artículo único. Se reforman: las fracciones IX, X y XI del artículo 4; los artículos 12, 13 y 15; las fracciones I, V y VI del artículo 18; los artículos 19, 23 y 24; los incisos a) y g) de la fracción III y el inciso e) de la fracción IV del artículo 26; las fracciones I, III, IX y X del artículo 33; los artículos 34 y 37; el párrafo segundo del artículo 40; la fracción VII del artículo 42; el artículo 43; el párrafo primero y la fracción IV del artículo 44; la fracción XIV del artículo 45; los artículos 56 y 57; el párrafo primero del artículo 58; la denominación de la sección cuarta del capítulo

V; los artículos 59, 60, 61 y 63; el párrafo primero del artículo 64; los artículos 65, 66, 67, 69, 70 y 71; y los anexos 1 y 3; **se derogan:** la fracción XII del artículo 4; y la fracción XI del artículo 46; y **se adicionan:** la fracción V al artículo 9; las fracciones XI, XII y XIII al artículo 33; el artículo 44 bis; y la fracción X al artículo 48; todos a los Lineamientos para la implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública estatal, para quedar como sigue:

Artículo 4. ...

...

I. a la VIII. ...

IX. Indicador: los indicadores de desempeño, de gestión y de resultados, a que se refiere la Ley del Presupuesto y Contabilidad Gubernamental del Estado de Yucatán.

X. Institución: las dependencias y entidades que integran la Administración Pública estatal.

XI. Matriz de administración de riesgos: la herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la institución, considerando las etapas de la metodología de administración de riesgos.

XII. Se deroga.

XIII. a la XXIII. ...

Artículo 9. ...

...

I. a la IV. ...

V. Promover la prevención e identificación de riesgos de corrupción y las estrategias y acciones a seguir.

Artículo 12. Responsabilidad del coordinador de control interno

El titular deberá designar al coordinador de control interno, que deberá tener, al menos la categoría de jefe de departamento o su equivalente, y que en apoyo a los directores generales, directores o sus equivalentes, coordinará y supervisará las actividades para el diseño, implementación y actualización del Sistema de Control Interno Institucional en los términos de estos lineamientos.

Asimismo, deberá informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la matriz de administración de riesgos.

Artículo 13. Atribuciones de supervisión, evaluación y validación de la contraloría

La contraloría tiene la atribución de supervisar la implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las instituciones, así como evaluar y validar su eficacia y eficiencia con base en los resultados obtenidos de manera directa a través de las revisiones de control interno y de las evaluaciones internas aplicadas por la institución.

Artículo 15. Documentación del control interno

El grado y naturaleza de la documentación y formalización varían según el alcance y complejidad de los procesos sustantivos y de apoyo de la institución, sin embargo, los directores generales, directores y jefes de departamento o sus equivalentes deben verificar que se generen, al menos, los siguientes documentos:

I. Manual de control interno de la institución, en el que se establecerá la metodología para cumplir las directrices dispuestas en estos lineamientos así como la estructura del Sistema de Control Interno Institucional, y los procesos y formatos necesarios para asegurar la eficaz planeación, operación y control de procesos de gestión, conforme a las normas generales de control interno.

II. Manual de organización de las unidades administrativas adscritas a las instituciones, en los que se documentarán las funciones específicas de cada puesto de trabajo adscrito a su plantilla de personal, incluyendo aquellas referentes a los trabajos de control interno. Dichas funciones se elaborarán de acuerdo con el Código de la Administración Pública de Yucatán, su reglamento y demás normas jurídicas que las regulen, así como el estatuto orgánico en el caso de las entidades. Estas deberán promover la expedición o actualización de sus estatutos ante las instancias competentes.

III. Manual de procedimientos de las unidades administrativas adscritas a las instituciones, en los que se documentarán las actividades que deban realizarse en cumplimiento de sus funciones, así como los responsables de estas. De igual manera, se deberán incluir diagramas de flujo y los formatos que les sean aplicables, con su instructivo de llenado. Se deberán considerar, en la descripción de cada procedimiento, las actividades de control identificadas como resultado del proceso de administración de riesgos llevado a cabo por la unidad administrativa.

IV. Los resultados de las evaluaciones internas y las revisiones de control interno, documentados y formalizados, para identificar problemas, debilidades o áreas de oportunidad en el control interno.

V. Las acciones correctivas, preventivas o de mejora, derivadas de las revisiones de control interno, evaluaciones internas, quejas, debilidades identificadas en la operación diaria, acuerdos del comité de control interno, entre otros, para la resolución de las deficiencias identificadas.

Los manuales referidos en las fracciones I, II y III de este artículo deberán ser elaborados de conformidad con lo dispuesto en estos lineamientos y con los criterios, guías técnicas y formatos que para tal efecto establezca la Dirección de

Innovación y Desarrollo Institucional de la Secretaría de Administración y Finanzas.

Asimismo, los manuales referidos en las fracciones II y III deberán ser emitidos por los titulares de las dependencias o por los órganos de gobierno en el caso de las entidades y, en el caso del manual de control interno, deberá ser aprobado por el comité de control interno institucional.

La documentación a que se refiere este artículo deberá hacerse del conocimiento del personal de las instituciones. Adicionalmente, los manuales de organización general deberán publicarse en el diario oficial del estado, mientras que los manuales de procedimientos y de servicios al público deberán estar disponibles para consulta de los usuarios y de los propios servidores públicos en los sitios web de las dependencias y entidades, en términos del artículo 11 Bis del Código de la Administración Pública de Yucatán, y podrán ser publicados, cuando así lo determine el titular de la institución, en términos de la normativa aplicable.

Artículo 18. ...

...

I. Actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos y la prevención de irregularidades administrativas y de corrupción.

II. a la IV. ...

V. Establecer la estructura organizativa, a través de los organigramas generales de la institución aprobados en términos del Reglamento del Código de la Administración Pública de Yucatán, y los suplementarios por cada unidad administrativa, que definan niveles de autoridad, líneas de mando y comunicación para promover el eficaz cumplimiento de sus objetivos y metas, los cuales deben estar actualizados y autorizados por los servidores públicos competentes.

VI. Promover los medios necesarios para contratar y capacitar a los profesionales competentes.

VII. a la XI. ...

Artículo 19. Administración de riesgos

El titular, los directores generales, directores y jefes de departamento o sus equivalentes, a través del proceso de administración de riesgos, deberán evaluar los riesgos que afectan la consecución de los objetivos institucionales y los procesos de gestión. Para tal efecto elaborarán las matrices de administración de riesgos de la institución y por cada unidad administrativa, a fin de presentar el diagnóstico general de los riesgos y desarrollar respuestas que mitiguen su impacto en caso de materialización.

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los titulares de todas las unidades administrativas de la institución y el coordinador de control interno, con el objeto de definir las acciones a seguir para

integrar las matrices de administración de riesgos, conforme al anexo 1 de estos lineamientos.

Las actividades de control derivadas de las matrices de administración de riesgos por unidad administrativa deberán incorporarse en los procedimientos que para tal efecto se documenten.

El comité de control interno aprobará el programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores, que incluirá las actividades de control derivadas de la matriz de administración de riesgos institucional, deberá revisarse al menos dos veces al año y evaluarse semestralmente para generar un reporte de avances.

El programa y la evidencia documental o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, serán resguardados por los servidores públicos responsables de las acciones de control comprometidas en dicho programa y deberán ponerse a disposición de los órganos fiscalizadores a través del coordinador de control interno cuando, así se requiera.

Artículo 23. Oportunidad en su aplicación

Las actividades de control deberán ejecutarse en todos los niveles de la institución y en cada una de las etapas de las actividades institucionales, conforme a las atribuciones que al respecto le confieren las disposiciones legales y normativas aplicables, partiendo de la elaboración del mapa de riesgos institucional, en el que se representarán gráficamente uno o más riesgos, sus posibles impactos y la probabilidad de su ocurrencia, de tal forma que conociendo los riesgos, se dispongan los controles destinados a evitarlos o minimizarlos, por lo que deberán quedar en cada uno de los procesos de la institución y proporcionar evidencia de su cumplimiento en los registros correspondientes.

Artículo 24. Actividades de control en los procesos de gestión

Las actividades de control deberán aplicarse en todos los procesos de gestión de la institución, los cuales se clasifican en procesos sustantivos y procesos de apoyo.

Las actividades de control mínimas obligatorias a las que se refieren los artículos 25 y 26 que resulten aplicables deberán estar documentadas en los manuales descritos en las fracciones I, II y III del artículo 15 de estos lineamientos según corresponda, en los cuales se tendrán que establecer los responsables y la evidencia documental para dar cumplimiento a las referidas actividades de control.

Artículo 26. ...

...

I. y II. ...

III. ...

a) Cumplir con los requerimientos de las áreas usuarias, entre las que se encuentran: la adjudicación, trámite para pago, recepción de bienes

o servicios, incluyendo las actividades de control, para asegurar que lo que se recibió cumple con las especificaciones contratadas, entre otras, en apego a las disposiciones legales y normativas aplicables. Para tal efecto, deberán contar con el comprobante de recepción del bien o servicio, que contenga nombre, firma y puesto de la persona que recibe, así como la asignación del bien o del servicio.

b) a la f) ...

g) Verificar que todas las adquisiciones de bienes o servicios cumplan los requisitos legales y estén respaldadas por la emisión de requisiciones de compra; solicitudes de compra, servicios o mantenimientos; contratos; convenios; o pedidos autorizados.

h) a la t) ...

IV. ...

a) a la d) ...

e) Realizar una verificación física general de los bienes de la institución al término del ejercicio y verificaciones físicas aleatorias, al menos, una vez al año, con base en los registros del sistema de control de bienes. Los resultados deberán constar en actas circunstanciadas de hechos.

f) a la j) ...

V. y VI. ...

Artículo 33. ...

...

I. Contribuir al cumplimiento oportuno de los objetivos y metas institucionales con enfoque en los resultados para mejorar el Sistema de Control Interno Institucional, así como al seguimiento permanente de sus componentes, principios y elementos de control y a las acciones de mejora comprometidas en el programa anual de trabajo de control interno.

II. ...

III. Aprobar el programa anual de trabajo de control interno y el programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores.

IV. a la VIII. ...

IX. Emitir recomendaciones derivadas de los informes de resultados de las evaluaciones internas, practicadas a las unidades administrativas de la institución.

X. Aprobar acuerdos para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional.

XI. Aprobar el informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional y los acuerdos necesarios para dar cumplimiento a las recomendaciones contenidas en los informes de resultados de la evaluación interna y de revisión de control interno.

XII. Emitir acuerdos que fortalezcan el cumplimiento, en tiempo y forma, de las acciones de mejora del programa de trabajo de control interno y de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia, así como su reprogramación o replanteamiento.

XIII. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la administración de riesgos, derivados de la revisión del programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores, con base en la matriz de administración de riesgos y el mapa de riesgos, así como de sus actualizaciones; del reporte de avances semestral de dicho programa; del análisis del resultado anual del comportamiento de riesgos, y de la recurrencia de observaciones derivadas de las auditorías o revisiones del órgano fiscalizador u otros externos.

Artículo 34. Programa anual de trabajo de control interno

Las instituciones deberán elaborar, y someter a aprobación de sus respectivos comités, el programa anual de trabajo de control interno, en el que se deberán incluir las actividades necesarias para la implementación o mejora del Sistema de Control Interno Institucional, el orden de la prioridad con que se realizarán, los plazos asignados para su consecución y la asignación de responsables. El programa anual de trabajo de control interno deberá autorizarse en la sesión de instalación del comité y, posteriormente, en la última sesión ordinaria del ejercicio en curso.

Los avances o modificaciones al programa anual de trabajo deberán presentarse ante el comité para su conocimiento y aprobación y dejar evidencia en actas.

Artículo 37. Suplencias

En caso de ausencia del titular de la institución respectiva el secretario ejecutivo lo suplirá de manera personal en la sesión que corresponda.

Los demás integrantes del comité podrán nombrar, por escrito dirigido al secretario ejecutivo o por medio electrónico, a sus respectivos suplentes de nivel jerárquico inmediato inferior, pero no menor a jefe de departamento, quienes intervendrán en ausencia de aquellos.

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

El secretario ejecutivo dejará constancia de las suplencias en el acta de la sesión que corresponda.

Artículo 40. ...

...

Las convocatorias de las sesiones se realizarán mediante oficio o correo electrónico y deberán señalar, por lo menos, el carácter y el número de la sesión, el día, la hora y el lugar de su celebración. Adicionalmente, llevarán adjuntas el orden del día.

Artículo 42. ...

...

I. a la VI. ...

VII. Revisión y ratificación de acuerdos adoptados en la sesión.

VIII. ...

Artículo 43. Acuerdos

Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de los miembros del comité deberán establecer acciones concretas dentro de la competencia de la institución y precisar los responsables, así como la fecha límite para su atención.

El secretario ejecutivo verificará el cumplimiento de los acuerdos por parte de los responsables, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario, y solo con la debida justificación, el comité podrá fijar, por única vez, una nueva fecha compromiso. En caso de incumplimiento, el secretario ejecutivo determinará incorporarlo al programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores.

Artículo 44. ...

Por cada sesión del comité, ya sea ordinaria o extraordinaria, se levantará un acta y deberá contener, al menos, lo siguiente:

I. a la III. ...

IV. Firma autógrafa de los integrantes, invitados permanentes e invitados que asistieron a la sesión.

Artículo 44 bis. Integración del acta

El secretario ejecutivo del comité remitirá a los integrantes y a los invitados correspondientes el proyecto de acta a más tardar a los dos días hábiles posteriores a la fecha de celebración de la sesión.

Los integrantes del comité y, en su caso, los invitados revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios al secretario ejecutivo y al coordinador de control interno, dentro de los tres días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos se tendrá por aceptado el proyecto y se deberán recabar las firmas a más tardar dentro en los quince días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

Artículo 45. ...

...

I. a la XIII. ...

XIV. Elaborar el informe anual sobre el estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional y darlo a conocer a los integrantes e invitados permanentes del comité.

Artículo 46. ...

...

I. a la X. ...

XI. Se deroga.

XII. ...

Artículo 48. ...

...

I. a la IX. ...

X. Analizar el proyecto de acta de la sesión y emitir, en su caso, comentarios al respecto en el plazo establecido.

Artículo 56. Informe de resultados de la evaluación interna

El coordinador de control interno deberá emitir un informe de resultados en el que determine el nivel de confianza del Sistema de Control Interno Institucional en la unidad administrativa evaluada. Dicho informe se hará del conocimiento de los miembros del comité a fin de que estos emitan las recomendaciones pertinentes.

Artículo 57. Acciones correctivas, preventivas o de mejora

Las conclusiones de la evaluación indicarán la necesidad de elaborar e implementar acciones correctivas, preventivas o de mejora con base en lo establecido en el artículo 71.

Artículo 58. ...

El titular deberá informar a la contraloría sobre el estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional por el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año. Dicho informe deberá enviarse al secretario de la Contraloría General, con copia al titular del órgano de control interno asignado a la institución, en el formato establecido en el anexo 3 de estos lineamientos, a más tardar el 31 de enero del ejercicio inmediato posterior.

...

I. a la IV. ...

Sección cuarta Revisiones de control interno

Artículo 59. Revisiones de control interno

Los titulares de los órganos de control interno o los auditores designados podrán llevar a cabo revisiones de control interno a las instituciones, conforme a los criterios descritos en estos lineamientos.

Artículo 60. Inicio de los trabajos

El auditor deberá entregar la orden de inicio de revisión de control interno al titular, a fin de notificar el inicio de los trabajos de revisión y la designación del personal del órgano de control interno que llevará a cabo dichos trabajos.

Artículo 61. Enlace de la revisión de control interno

El titular, una vez recibida la orden de inicio de la revisión de control interno, podrá nombrar a un servidor público, que deberá tener, al menos, el nivel de director o su equivalente, para que funja como enlace de la revisión durante el desarrollo de los trabajos de fiscalización. Para tal efecto, los auditores que intervengan en la diligencia de inicio de la revisión de control interno deberán dejar constancia, mediante la elaboración de un acta circunstanciada, en presencia de dos testigos propuestos por la persona con quien se entienda la diligencia.

El enlace de la revisión de control interno tendrá las siguientes facultades:

I. Recibir las solicitudes de información que resulten necesarias, ya sea de información preliminar o complementaria.

II. Coordinar las entrevistas con los servidores públicos de las unidades administrativas.

III. Recabar, integrar y proporcionar la información que solicite el auditor durante el desarrollo de los trabajos de fiscalización.

IV. Acudir a la lectura del informe de la revisión de control interno.

V. Las demás relacionadas con la revisión de control interno en proceso.

Artículo 63. Cuestionarios de control interno

El auditor deberá elaborar los cuestionarios de control interno con base en los requerimientos contemplados en los componentes de control interno establecidos en estos lineamientos y podrá incluir las preguntas que considere necesarias, relacionadas con los manuales de control interno, de organización y de procedimientos, y demás normativa aplicable con que cuente la institución.

Dichos cuestionarios deberán entregarse a los responsables de las unidades administrativas seleccionadas a fin de que estos respondan y adjunten la evidencia que sustenta las actividades de control contenidas en estos cuestionarios.

Artículo 64. ...

El responsable de cada unidad administrativa seleccionada deberá contestar cada uno de los reactivos incluidos en los cuestionarios a los que se refiere el artículo anterior, de manera positiva o negativa. Si la respuesta es positiva, deberá indicar el manual, sea de control interno de la institución, de organización o de procedimientos, en el cual se encuentra documentada la actividad, e integrar la evidencia que la sustente en una carpeta de evidencias que deberá adjuntarse al cuestionario.

...

Artículo 65. Entrevistas de verificación

Una vez transcurridos seis días hábiles, contados a partir del día siguiente a la entrega de los cuestionarios, el auditor deberá acudir con el responsable de la unidad administrativa correspondiente, en la fecha y hora señalada previamente, a fin de revisar las respuestas y la carpeta de evidencias. De manera extraordinaria, y cuando existan causas debidamente justificadas, a juicio de la contraloría, se podrán otorgar las prórrogas que al respecto solicite la institución.

Artículo 66. Evidencia idónea

El auditor deberá obtener la evidencia suficiente y competente mediante la solicitud de información administrativa, financiera, presupuestal y legal que considere necesaria para la revisión, así como a través de la aplicación de pruebas de cumplimiento y otras pruebas complementarias, a fin de determinar que los componentes de control interno existen en la institución evaluada y funcionan satisfactoriamente.

El auditor podrá solicitar información adicional cuando, derivado de los resultados encontrados durante el desarrollo de la revisión, determine la necesidad de ampliar la naturaleza, alcance y oportunidad de las pruebas de cumplimiento, lo cual se hará del conocimiento previo de la institución revisada.

Artículo 67. Criterio para definir el alcance de las pruebas

El auditor deberá definir el alcance de las pruebas de cumplimiento con base en la frecuencia aproximada de ocurrencia de las actividades relacionadas con los procesos o procedimientos contenidos en los cuestionarios de control interno y que serán sujetos a revisión conforme a lo siguiente:

Frecuencia aproximada de la ocurrencia de la actividad	Número de muestras para la prueba de cumplimiento (al menos)
Una vez al año.	1
Una vez al mes.	Al menos 5
Una vez a la semana.	Al menos 10
Más de una vez a la semana.	Al menos 15

Artículo 69. Resultado final

La calificación final se determinará señalando el porcentaje que representa la puntuación obtenida entre el total de la calificación máxima posible. El resultado de la prueba se interpretará como el nivel de confianza que puede tenerse de que se cumplan los objetivos de la institución con base en los siguientes parámetros:

Nivel de Confianza	Resultado de la evaluación (%)	Razonamiento
Máximo	100-90	Existe un riesgo mínimo de que no se cumplan los objetivos de la Institución.
Satisfactorio	89-80	Existe un riesgo moderado de que no se cumplan los objetivos de la Institución Entidad.
Moderado	79 – 70	Existe un riesgo alto de que no se cumplan los objetivos de la Institución Entidad.
Mínimo	69 o Menos	Existe un riesgo máximo de que no se cumplan los objetivos de la Institución Entidad.

Artículo 70. Informe de resultados de la contraloría

La contraloría deberá emitir un informe del resultado de la revisión de control interno en el que se determine el nivel de confianza del Sistema de Control Interno Institucional, de acuerdo con el artículo anterior, así como las recomendaciones pertinentes. El informe deberá contener las fortalezas y debilidades detectadas en el desarrollo de la revisión.

Por lo que se refiere a las debilidades, estas deberán contemplar al menos las actividades de control que tuvieron calificación cero, en términos de lo señalado en el artículo 68.

El titular del órgano de control interno de las instituciones deberá presentar al respectivo comité de control interno institucional, para su conocimiento, el informe de resultados a que se refiere este artículo.

Artículo 71. Planes de acción

Los planes de acción deberán establecerse como resultado de las revisiones de control interno, evaluaciones internas, quejas, debilidades identificadas en la operación diaria, acuerdos del comité de control interno institucional, entre otros, en un plazo de treinta días naturales contados a partir de su notificación.

Los planes de acción deberán contener las acciones correctivas, preventivas o de mejora a ejecutar, a fin de minimizar las consecuencias negativas de las debilidades identificadas y a su vez dar continuidad y cumplimiento a los objetivos institucionales.

Asimismo, deberán contener las firmas de quien elabora y quien autoriza, así como la fecha de compromiso para su implementación, la cual podrá ser reprogramada en una sola ocasión y, en caso de no ser atendida, se deberá incorporar al programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores.

Se deberá elaborar un plan de acción por cada unidad administrativa en el que se identifiquen las debilidades detectadas en sus procedimientos.

Las instituciones deberán asegurarse de que se lleven a cabo las acciones correctivas, preventivas o de mejora establecidas en los planes de acción, derivadas de las debilidades identificadas hasta su completa atención. La contraloría podrá dar seguimiento al cumplimiento de dichos planes.

Artículo transitorio

Único. Entrada en vigor

Este acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el diario oficial del estado.

Se expide este acuerdo en la sede de la Secretaría de la Contraloría General, en Mérida, a 12 de enero de 2018.

(RÚBRICA)

Miguel Antonio Fernández Vargas
Secretario de la Contraloría General

Anexo 1. Metodología para elaborar la matriz de administración de riesgos institucional

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente anexo, deberá tomarse como base para la metodología específica que aplique cada dependencia o entidad, misma que deberá estar debidamente autorizada por su Titular y documentada en una Matriz de Administración de Riesgos. Para tal efecto se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que se encuentra disponible en la página de la Secretaría de la Contraloría www.contraloria.yucatan.gob.mx.

I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

Se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Considerar el plan estratégico institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Institución como los procesos prioritarios (sustantivos y de apoyo), así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos, y
- 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.
- c) Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción, considerando al menos los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, así como los trámites y servicios internos y externos.

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 institución 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 Institución, a nivel internacional, nacional y regional.
- b) Describir las situaciones intrínsecas a la Institución relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos y 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, seleccionar y agrupar los enunciados definidos como supuestos en los procesos de la Institución, 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.
- 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.

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 institucional.

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

- c) **Clasificación de los riesgos.** Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo a la naturaleza de la Institución, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo: sustantivo, de apoyo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC's; de salud; de corrupción y otros.

Se deberán considerar los tipos de corrupción que pueden incurrir en la institución, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. Entre los tipos más comunes se encuentran:

- Informes Financieros Fraudulentos. Consistentes en errores intencionales u omisiones de cantidades o revelaciones en los estados financieros para engañar a los usuarios de los estados financieros.
- Apropiación indebida de activos. Entendida como el robo de activos de la institución. Esto podría incluir el robo de la propiedad, la malversación de los ingresos o pagos fraudulentos.
- Conflicto de interés. Cuando los intereses personales, familiares o de negocios de un servidor público puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, comisiones o funciones.
- Utilización de los recursos asignados y las facultades atribuidas para fines distintos a los legales.
- Pretensión del servidor público de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la Institución le otorga por el desempeño de su función.
- Participación indebida del servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para un tercero.
- Aprovechamiento del cargo o comisión del servidor público para inducir a que otro servidor público o tercero efectúe, retrase u omite realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para un tercero.
- Coalición con otros servidores públicos o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.
- Intimidación del servidor público o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.
- Tráfico de influencias. Consistente en que el servidor público utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otro servidor público efectúe, retrase u omite realizar algún acto de su competencia, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para

terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte.

- Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. Cuando en el ejercicio de sus funciones, el servidor público llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.
- Peculado. Cuando el servidor público autorice, solicite o realice actos para el uso o apropiación para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte, de recursos públicos, sean materiales, humanos o financieros, sin fundamento jurídico o en contraposición a las normas aplicables.

NOTA. LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN DE DOCUMENTARÁN EN LA MATRIZ DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONAL, LOS DEMÁS RIESGOS SE DOCUMENTARÁN EN LA MATRIZ DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CADA UNIDAD ADMINISTRATIVA.

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:

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

- e) **Tipo de factor de riesgo:** Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:
- **Interno:** Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización;
 - **Externo:** Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.
- f) **Identificación de los posibles efectos de los riesgos.** Se describirán 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 (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	Catastrófico	Riesgo que puede influir 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 período importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos de la Institución.
9		
8	Grave	Riesgo que puede influir directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la institución. Se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
7		
6	Moderado	Riesgo que puede causar un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		
4	Bajo	Riesgo que puede causar daño a la imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
3		
2	Menor	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la dependencia o entidad.
1		

NOTA. Se asigna el nivel inferior en el primer año y si cae en reincidencias se pone el nivel superior.

- h) **Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (valoración inicial).** La asignación se determinará con un valor del 1 al 4, en función de los factores de riesgo, considerando las siguientes escalas de valor:

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

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

IV. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

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. **Deficiencia:** Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:
 - Está documentado: Que se encuentra descrito.
 - Está formalizado: Se encuentra autorizado por servidor público facultado.
 - Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control, y
 - Es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.
 2. **Suficiencia:** Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.
- e) Determinar si el riesgo está controlado suficientemente, cuando todos sus factores cuentan con controles suficientes.

V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

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 Institución 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 impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; 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.

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

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

Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica.- Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5;

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

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

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

Se realizará considerando 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. Es imprescindible 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 (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.
 3. **Asumir el riesgo.-** Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el *Cuadrante III, Riesgos Controlados* de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.
 4. **Transferir el riesgo.-** Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:
 - **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.
 - **Aseguramiento:** Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.
 - Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible.
 - **Diversificación:** Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.
 5. **Compartir el riesgo.-** Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes unidades administrativas de la institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.
- 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.

Anexo 3. Informe anual

INFORME ANUAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

A fin de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 58 de los Lineamientos para la Implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, en el que se señala que el Titular de la dependencia deberá informar a la Secretaría de la Contraloría General, el estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional por el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año, a más tardar el 31 de enero del ejercicio inmediato posterior, se emite el presente informe:

CONTENIDO

- I. Resultados alcanzados con la Implementación del Control Interno
- II. Aspectos relevantes derivados de la Evaluación Interna
- III. Resultado de la evaluación de indicadores de desempeño
- IV. Programa anual de trabajo aprobado para el ejercicio posterior

I. Resultados alcanzados con la Implementación del Control Interno

Una vez presentado el programa de trabajo para el ejercicio **_(4)_** en la **_(5)_** Sesión del Comité de Control Interno Institucional del ejercicio **_(6)_**, se dio seguimiento a los trabajos en materia de Implementación del Sistema de Control Interno Institucional.

Como parte de los trabajos se determinó que el proyecto estaría integrado en cuatro etapas de acuerdo al programa de trabajo autorizado, siendo éstas:

- A. Planeación del proyecto,
- B. Diseño del sistema,
- C. Documentación de manuales,
- D. Evaluación del sistema, y
- E. Sesiones del Comité de Control Interno Institucional.

A. Planeación del proyecto

Con fecha **_(7)_** de **_(7)_** del **_(7)_** se llevó a cabo la Primera Sesión del Comité de Control Interno Institucional con el objeto de dar seguimiento a la implementación, desarrollo, mantenimiento y mejora del Sistema de Control Interno Institucional de la **_(8)_**, para la observancia del buen funcionamiento del mismo.

En dicha reunión, el Titular de la dependencia designó a **_(9)_** nuevos miembros que formarían parte del Comité, quedando conformado por los siguientes servidores públicos:

Miembro Nombre**(10) (11)**

Como parte de los asuntos tratados en la sesión, se presentó lo siguiente:

(12)**B. Diseño del Sistema****SE CREARON**

Como actividades a realizar en la etapa del Diseño del Sistema, se determinó elaborar:

UNIDAD ADMINISTRATIVA	MANUAL	PROCEDIMIENTO
(13)	(14)	(15)

SE ACTUALIZARON

Como actividades a realizar en la etapa del Diseño del Sistema, se determinó actualizar:

UNIDAD ADMINISTRATIVA	MANUAL	PROCEDIMIENTO
(16)	(17)	(18)

SE MANTUVIERON

Así mismo los manuales, procesos y/o procedimientos documentados que no se actualizaron en el ejercicio que se reporta, son los que se reportan en la siguiente tabla:

UNIDAD ADMINISTRATIVA	MANUAL	PROCEDIMIENTO
(19)	(20)	(21)

C. Documentación de procedimientos

Para cumplir con la elaboración de los manuales de organización y de procedimientos, se solicitó apoyo al personal de la Dirección de Innovación y Desarrollo Institucional, perteneciente a la Secretaría de Administración y Finanzas, mediante oficio No. (22) de fecha (22) , quienes en primera instancia capacitaron

al personal responsable de la elaboración de dichos manuales, y posteriormente les brindaron asesorías **_(23)_** para continuar la realización de dichos documentos normativos.

Los avances hasta el cierre del ejercicio que se reporta, se muestran en la siguiente tabla:

UNIDAD ADMINISTRATIVA	MANUAL	PROCEDIMIENTO	AVANCE
(24)	(25)	(26)	(27)

D. Evaluación del sistema

Con base en el artículo 50 de los lineamientos para la Implementación del Sistema de Control Interno Institucional, que señala que los titulares deberán asegurarse que se lleve a cabo una evaluación interna para determinar el estado actual del Sistema de Control Interno Institucional, emití la orden de inicio mediante oficio número **_(28)_** el día **_(28)_** del mes de **_(28)_** de **_(28)_** designando a los siguientes servidores públicos: **_(29)_**, todos ellos personal de la dependencia a mi cargo y que fueron los responsables de llevar a cabo la evaluación, liderados por **_(30)_** Coordinador de Control Interno.

La evaluación interna tuvo una duración de **_(31)_**, comprendida dentro del plazo de **_(32)_** al **_(32)_** en el cual se permitió conocer el grado de seguridad razonable que brinda el control interno en consecución de que se cumplan los objetivos institucionales de la dependencia.

E. Sesiones del Comité de Control Interno Institucional

Durante el ejercicio que se reporta se llevaron a cabo **_(33)_** Sesiones del Comité de Control Interno Institucional, de acuerdo a la información contenida en la siguiente tabla:

NÚMERO DE SESIÓN	FECHA	ACUERDOS
(34)	(35)	(36)

II. Aspectos relevantes derivados de la Evaluación Interna

Con base en la aplicación de las entrevistas y pruebas de cumplimiento realizadas y en alcance a los cuestionarios aplicados a los servidores públicos responsables de los procesos, los controles internos establecidos, las políticas y prácticas que el personal llevó a cabo, se determinó el nivel de confianza de los procesos evaluados siendo éstos los resultados:

UNIDAD ADMINISTRATIVA	PROCESO EVALUADO	NIVEL DE CONFIANZA	ASPECTOS RELEVANTES
(37)	(38)	(39)	(40)

De acuerdo a los informes de resultados derivados de la evaluación interna a las unidades administrativas mencionadas en la tabla anterior, los miembros del comité de control interno institucional de la Institución, emitieron la siguiente recomendación:

(41)

III. Resultado de la evaluación de indicadores de desempeño

(42)

IV. Programa anual de trabajo aprobado para el ejercicio posterior

En la (43) Sesión del Comité de Control Interno Institucional con fecha (44), se aprobó el Programa Anual de Trabajo para el ejercicio (45), mismo que se anexa al presente informe.

Se emite el presente informe a los (46) días del mes de (46) del ejercicio (46).

(47)

(48)

Instructivo de llenado del Formato del Informe Anual del Sistema de Control Interno Institucional

No.	Descripción
1.	Logo de la dependencia o entidad.
2.	Nombre de la dependencia o entidad.
3.	Anotar el ejercicio al que corresponde el Informe Anual presentado.
4.	Anotar el ejercicio al que corresponde el programa de trabajo de Control Interno.
5.	Número de sesión de comité de control interno en que se dio seguimiento a los trabajos de Implementación del Sistema de Control Interno Institucional.
6.	Anotar el ejercicio al que corresponde la Sesión de Comité.
7.	Día, mes y año de la Primera Sesión de Comité de Control Interno Institucional del ejercicio en curso.
8.	Dependencia o entidad en la que se llevan a cabo los trabajos de Implementación del Sistema de Control Interno Institucional.
9.	Número de miembros de Comité de Control Interno Institucional que fueron designados.
10.	Anotar el tipo de miembro integrado ej. Presidente, Secretario Ejecutivo, Vocal, Invitado Permanente.
11.	Nombre completo y Cargo del servidor público designado.
12.	Mencionar los asuntos tratados en la Primera Sesión de Comité que sean referentes a la planeación de las actividades a desarrollar durante el ejercicio que se reporta.
13.	Nombre de la Unidad Administrativa responsable de la documentación.
14.	Nombre del manual que se va a documentar.
15.	Nombre del proceso y/o procedimiento nuevo a documentar.
16.	Nombre de la Unidad Administrativa responsable de la actualización.
17.	Nombre del manual que se va a actualizar.
18.	Nombre del proceso y/o procedimiento que se va a actualizar.
19.	Nombre de la Unidad Administrativa responsable del manual que no se actualizó
20.	Nombre del manual documentado que no se actualizó.

No.	Descripción
21.	Nombre del proceso y/o procedimiento documentado que no se actualizó.
22.	Número y fecha del oficio de solicitud de apoyo para las asesorías que brinda la Dirección de Innovación y Desarrollo Institucional.
23.	Periodicidad de las asesorías brindadas por la Dirección de Innovación y Desarrollo Institucional, perteneciente a la Secretaría de Administración y Finanzas.
24.	Nombre de la Unidad Administrativa responsable de la documentación.
25.	Nombre del manual que se está documentando.
26.	Nombre del proceso y/o procedimiento que se está documentando.
27.	Avance que se tiene en la documentación a la fecha en que se realiza el informe Anual.
28.	Número y fecha de la orden de inicio de la evaluación interna (día/mes/año).
29.	Nombre completo de los servidores públicos designados para llevar a cabo la Evaluación Interna.
30.	Nombre del Coordinador de Control Interno en la dependencia o entidad.
31.	Número de días que comprendió la realización de la Evaluación Interna.
32.	Plazo otorgado para la realización de la Evaluación Interna.
33.	Número de sesiones del comité de control interno institucional, llevadas a cabo durante el ejercicio que se reporta.
34.	Número de sesión del comité de control interno institucional.
35.	Fecha de la celebración de la sesión del comité de control interno institucional.
36.	Acuerdos aprobados por los miembros del comité de control interno institucional en la sesión respectiva.
37.	Nombre de la Unidad Administrativa evaluada.
38.	Nombre del proceso y/o procedimiento evaluado.
39.	Nivel de confianza obtenida en la Evaluación Interna de acuerdo al artículo 69 de los Lineamientos para la Implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.

No.	Descripción
40.	Mencionar en términos generales las actividades de control que van a requerir la elaboración de Planes de Acción.
41.	Elaborar una breve descripción de las acciones a implementar para mejorar los procesos de control y evitar su debilitamiento de acuerdo a los resultados obtenidos en la Evaluación Interna.
42.	Señalar si se establecieron los indicadores de desempeño y si se evaluaron trimestralmente a fin de determinar la eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos.
43.	Número de la Sesión de Comité de Control Interno Institucional en que se aprobó el Programa Anual de Trabajo para el ejercicio siguiente.
44.	Fecha en que se llevó a cabo la Sesión de Comité de Control Interno Institucional en que se aprobó el Programa Anual de Trabajo para el ejercicio siguiente.
45.	Anotar el año a que corresponda el ejercicio siguiente
46.	Fecha de emisión del Informe Anual del Sistema de Control Interno Institucional (día/mes/año).
47.	Nombre completo del servidor público que suscribe el Informe Anual del Sistema de Control Interno Institucional.
48.	Cargo del servidor público que suscribe el Informe Anual del Sistema de Control Interno Institucional.