



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Periódico Oficial

Gaceta del Gobierno

Gobierno del Estado Libre y Soberano de México

REGISTRO DGC NÚM. 001 1021 CARACTERÍSTICAS 113282801

edomex.gob.mx

legislacion.edomex.gob.mx

Mariano Matamoros Sur núm. 308 C.P. 50130

A: 202/3/001/02

Fecha: Toluca de Lerdo, Méx., viernes 18 de junio de 2021

“2021. Año de la Consumación de la Independencia y la Grandeza de México”.

Sumario

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y OBRA

PLAN MUNICIPAL DE DESARROLLO URBANO DE IXTAPAN DE LA SAL.

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA LAS DEPENDENCIAS Y ORGANISMOS AUXILIARES DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO.

INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MÉXICO

ACUERDO No. IEEM/CG/146/2021.- POR EL QUE SE APRUEBA UNA SEDE ALTERNA, PARA EL DESARROLLO DE LA SESIÓN DE CÓMPUTO MUNICIPAL DEL CONSEJO MUNICIPAL ELECTORAL 93 DE TEOTIHUACÁN, ESTADO DE MÉXICO.

ACUERDO No. IEEM/CG/147/2021.- POR EL QUE SE APRUEBA UNA SEDE ALTERNA, PARA EL DESARROLLO DE LA SESIÓN DE CÓMPUTO MUNICIPAL DEL CONSEJO MUNICIPAL ELECTORAL 20 DE COACALCO DE BERRIOZÁBAL, ESTADO DE MÉXICO.

ACUERDO No. IEEM/CG/148/2021.- POR EL QUE SE APRUEBA QUE CONSEJERAS Y CONSEJEROS DE DIVERSOS CONSEJOS ELECTORALES, PUEDAN COLABORAR EN LA CONCLUSIÓN DE LOS TRABAJOS DE CÓMPUTO QUE REALIZA EL CONSEJO MUNICIPAL ELECTORAL DE COACALCO DE BERRIOZÁBAL, ESTADO DE MÉXICO.

ACUERDO No. IEEM/CG/149/2021.- ASIGNACIÓN SUPLETORIA DE REGIDORES POR EL PRINCIPIO DE REPRESENTACIÓN PROPORCIONAL DEL AYUNTAMIENTO DE DONATO GUERRA, ESTADO DE MÉXICO, PARA EL PERIODO CONSTITUCIONAL 2022-2024.

ACUERDO No. IEEM/CG/150/2021.- CÓMPUTO, DECLARACIÓN DE VALIDEZ DE LA ELECCIÓN Y ASIGNACIÓN DE DIPUTACIONES POR EL PRINCIPIO DE REPRESENTACIÓN PROPORCIONAL A LA H. "LXI" LEGISLATURA DEL ESTADO DE MÉXICO.

AVISOS JUDICIALES: 3018, 3019, 3020, 3260, 3306, 3312, 3320, 3339, 3466, 3472, 3473, 3481, 3483, 3487, 3488, 3493, 3494, 3495, 3496, 3502, 3511, 3512, 3514, 3517, 3518, 3519, 3521, 3597, 3598, 3602, 3608, 3613, 3614, 3615, 3617, 3625, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639 y 3640.

AVISOS ADMINISTRATIVOS Y GENERALES: 3265, 3268, 3269, 3270, 3314, 3317, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3336, 3337, 3338, 3599, 3600, 3601, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3611, 3612, 3616, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3626, 3627, 3628, 3610, 3364, 3370, 3377, 3467, 3484, 3503, 3609, 3640-BIS, 3639-BIS y 3520.

Tomo CCXI

Número

114

SECCIÓN PRIMERA

Número de ejemplares impresos: 300

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA

JAVIER VARGAS ZEMPOALTECATL, SECRETARIO DE LA CONTRALORÍA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO, EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES QUE ME CONFIEREN LOS ARTÍCULOS 3, 15, 19 FRACCIÓN XIV Y 38 BIS FRACCIONES I Y III DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO; CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 9 Y 10 FRACCIÓNES XV Y XXI DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA, Y

CONSIDERANDO

Que la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México, en términos de lo que dispone el artículo 38 bis de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México, es la dependencia responsable de la vigilancia, fiscalización y control de los ingresos, gastos, recursos y obligaciones de la administración pública estatal y su sector auxiliar, así como lo relativo a la presentación de la declaración patrimonial, de intereses y constancia de presentación de la declaración fiscal, así como de la responsabilidad de los servidores públicos.

Que el 30 de mayo de 2017, se publicó en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", el Decreto número 207, por el que se expiden entre otras, la Ley del Sistema Anticorrupción del Estado de México y Municipios y la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios, las cuales reglamentan el Sistema Anticorrupción del Estado de México y Municipios.

Que la Ley del Sistema Anticorrupción del Estado de México y Municipios, contempla diversos objetivos, tales como establecer las bases para la emisión de políticas públicas integrales en el combate a la corrupción, así como en la fiscalización y control de los recursos públicos; las directrices básicas que definan la coordinación de las autoridades competentes estatales y municipales para la generación de políticas públicas en materia de prevención, detección, control, sanción, disuasión y combate a la corrupción; así como las bases y políticas para la promoción, fomento y difusión de la cultura de integridad en el servicio público, así como de la rendición de cuentas, de la transparencia, de la fiscalización y del control de los recursos públicos, considerando el principio de máxima publicidad.

Que el Sistema Nacional de Fiscalización, publicó el 20 de noviembre de 2014 el Marco Integral de Control Interno para el Sector Público (MICI), basado en el Marco de referencia para la implementación, gestión y control de un adecuado Sistema de Control Interno COSO 2013, mismo que se desarrolla en cinco Normas Generales y diecisiete principios generales, para ser adecuado y adoptado por las instituciones en el ámbito Federal, Estatal y Municipal, mediante la expedición de los decretos correspondientes.

Que el 14 de noviembre de 2016 se publicó en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", el Modelo del Marco Integrado de Control Interno para las dependencias y organismos auxiliares de la Administración Pública del Estado de México, el cual constituye un marco de referencia a la acción de control y transparencia de los recursos provenientes de fondos y programas federales y estatales, y proporciona un modelo general para establecer, mantener y mejorar el sistema de control interno, aportando distintos elementos para el cumplimiento de las categorías de objetivos (operación, información y cumplimiento).

Que el 4 de septiembre de 2017, se publicó en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", el Acuerdo por el que el Secretario de la Contraloría emite las Disposiciones y el Manual Administrativo en materia de Control Interno para las Dependencias y Organismos Auxiliares del Gobierno del Estado de México, en el que se establece que los Titulares, Órganos de Gobierno y servidores públicos de las dependencias y organismos auxiliares, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia el Acuerdo para Implementar un Modelo Integral de Control Interno (MICI) y el Modelo del Marco Integrado de Control Interno para las Dependencias y Organismos Auxiliares de la Administración Pública del Estado de México.

Que el Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023, en su Eje Transversal: "Gobierno Capaz y Responsable", identificó cinco aspectos a desarrollar para tener un gobierno capaz y responsable: a) Una mayor transparencia y rendición de cuentas permanentes; b) La prevención y combate a la corrupción mediante la operación plena del Sistema Anticorrupción del Estado de México y Municipios; c) La gobernabilidad fundada en el diálogo y la paz social; d) Unas finanzas públicas sanas y e) Una gestión pública orientada por resultados y garantizada por una evaluación permanente de su desempeño.

Que dentro de la Política Anticorrupción del Estado de México en su Eje 2. Denominado “Controlar la arbitrariedad”, se estableció como Objetivo General el de disminuir los márgenes de discrecionalidad en el servicio público, mediante mecanismos de profesionalización, integridad, control interno, auditoría, fiscalización, rendición de cuentas en el uso de recursos públicos y en la operación de procesos institucionales clave al interior de las administraciones públicas, observándose la importancia de establecer criterios para identificar, analizar y evaluar los riesgos asociados a los procesos sustantivos donde se registra arbitrariedad o hechos de corrupción; así como promover el desarrollo de inteligencia artificial y evaluación del desempeño en los procesos sustantivos para el control de la arbitrariedad y la corrupción.

Que con objeto de que las dependencias y organismos auxiliares del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de México, cuenten con la normatividad para la aplicación del control interno acorde con la organización de la Administración Pública Estatal, conforme al tipo y tamaño de su estructura organizacional, y que la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional no sólo se enfoque a los procesos, sino a la totalidad de los controles que operen, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA LAS DEPENDENCIAS Y ORGANISMOS AUXILIARES DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO.

ARTÍCULO ÚNICO. Se establecen las Disposiciones en Materia de Control Interno, al tenor de lo siguiente:

TÍTULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones

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

Las presentes Disposiciones son de observancia obligatoria para todas las dependencias y organismos auxiliares del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de México, y tienen por objeto establecer, actualizar, fortalecer y mantener en operación un Sistema de Control Interno Institucional que permita de manera razonable la consecución del logro de los objetivos y metas institucionales, la salvaguarda de los recursos públicos, así como la promoción y fortalecimiento de un ambiente ético, de manera eficiente y ordenada, en un marco de transparencia y de rendición de cuentas.

2. DEFINICIONES.

Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

- I. Acción (es) de control:** las actividades implementadas por las personas Titulares de las dependencias y organismos auxiliares, Órganos de Gobierno y demás personas servidoras públicas para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;
- II. Acción (es) de mejora:** las actividades determinadas e implementadas por las personas Titulares de las dependencias y organismos auxiliares, Órganos de Gobierno y demás personas servidoras públicas para disminuir o 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:** las personas servidoras públicas con nivel de mandos medios y superiores de las dependencias y organismos auxiliares;
- 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 las dependencias y organismos auxiliares, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigar su efecto y probabilidad de ocurrencia, de tal manera que pueda proporcionar una seguridad razonable para el logro de metas y objetivos institucionales, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;
- V. Ambiente ético:** las condiciones existentes dentro de las dependencias y organismos auxiliares que influyen en el actuar de las personas servidoras públicas acorde a los valores éticos y principios de la institución;
- VI. APE:** Administración Pública Estatal;

- VII. Área (s) de oportunidad:** la situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;
- VIII. Autocontrol:** la implementación 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;
- IX. Carpeta electrónica:** el compendio de documentos digitales soportados de manera electrónica, magnética o por cualquier otro medio que garantice el resguardo, transmisión, fidelidad y reproducción de su contenido;
- X. Comisario:** la persona servidora pública que ejerce la vigilancia y control en los organismos descentralizados, empresas de participación estatal y fideicomisos públicos asimilados;
- XI. Comité y/o COCODI:** el Comité de Control y Desempeño Institucional de las Dependencias y Organismos Auxiliares;
- XII. 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;
- XIII. Control correctivo (después):** el mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar, corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones;
- XIV. Control detectivo (durante):** el mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;
- XV. Control interno:** el proceso efectuado por la persona Titular de la dependencia u organismo auxiliar y las demás personas servidoras públicas, 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;
- XVI. Control preventivo (antes):** el mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de las metas y objetivos institucionales;
- XVII. Coordinador de Control Interno:** la persona servidora pública designada por el Titular de la dependencia u organismo auxiliar para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes disposiciones;
- XVIII. Debilidad (es) de control interno:** la insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o externa; así como de los Órganos Internos de Control;
- XIX. Dependencias:** las Secretarías, conforme a lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México;
- XX. Disposiciones:** las presentes Disposiciones en Materia de Control Interno para las dependencias y organismos auxiliares del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de México;
- XXI. 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;
- XXII. Eficacia:** el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;
- XXIII. Eficiencia:** el logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos;
- XXIV. Elementos de control interno:** los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada institución en su sistema de control interno institucional para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;
- XXV. Enlace de Administración de Riesgos:** la persona servidora pública designada por el Coordinador de Control Interno, para apoyarlo en el seguimiento del proceso de Administración de Riesgos;

- XXVI. Enlace del Comité de Control Interno y Desempeño Institucional:** la persona servidora pública designada por el Coordinador de Control Interno, para apoyarlo en el seguimiento del proceso del Comité de Control y Desempeño Institucional;
- XXVII. Enlace del Sistema de Control Interno institucional:** la persona servidora pública designada por el Coordinador de Control Interno, para apoyarlo en el seguimiento del proceso del Marco Integrado de Control Interno;
- XXVIII. Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional:** el proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y eficiencia con que se cumplen las Normas Generales de Control Interno y sus principios, así como los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías;
- XXIX. Factor (es) de riesgo:** la circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;
- XXX. Gestión de riesgos de corrupción:** el proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, la persona servidora pública que en el ejercicio de su empleo, cargo o comisión, pueda dañar los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluyendo soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas; en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y/o servicios internos y externos;
- XXXI. Impacto o efecto:** las consecuencias que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;
- XXXII. Informe Anual:** el Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional;
- XXXIII. Institución (es):** las que se refieren en las fracciones XIX, XLII y XLIII del presente numeral;
- XXXIV. Líneas de reporte:** las líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la organización que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones;
- XXXV. 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;
- XXXVI. Marco Integrado de Control Interno y/o MICI:** al conjunto de normas generales de control interno, y sus principios y elementos de control aprobado por el Sistema Nacional de Fiscalización y aplicable a los tres órdenes de gobierno, los niveles de responsabilidad de control interno, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al Sistema de Control Interno Institucional;
- XXXVII. Matriz de Administración de Riesgos:** la herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos y sus factores, para identificar estrategias y acciones de control en la Institución, considerando las etapas de la Metodología de Administración de Riesgos;
- XXXVIII. MIR y/o Matriz de Indicadores para Resultados:** la herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Estatal de Desarrollo y sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos de las dependencias y organismos auxiliares; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión;
- XXXIX. Mejora continua:** al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno Institucional; 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;
- XL. NGCI:** Norma General de Control Interno;
- XLI. Objetivos institucionales:** conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Estatal de Desarrollo, en términos de la Ley de Planeación del Estado de México y Municipios, en particular de los programas sectoriales, institucionales y especiales, según corresponda;

- XLII. Organismos Auxiliares:** los organismos descentralizados, las empresas de participación y los fideicomisos públicos;
- XLIII. Órganos Administrativos Desconcentrados:** entes públicos jerárquicamente subordinados a las dependencias, con facultades específicas para resolver asuntos en la materia o dentro del ámbito territorial que se determine en cada caso y que cuentan con autonomía técnica y de gestión;
- XLIV. Órgano Interno de Control y/u OIC:** al Órgano Interno de Control en las dependencias y organismos auxiliares;
- XLV. Órgano de Gobierno:** al Cuerpo Colegiado de la administración de los organismos auxiliares de conformidad con los artículos 20 y 23 de la Ley para la Coordinación y Control de Organismos Auxiliares del Estado de México y 4 de su Reglamento;
- XLVI. Probabilidad de ocurrencia:** la estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;
- XLVII. Procesos administrativos:** aquellos necesarios para la gestión interna de la institución que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya que dan soporte a los procesos sustantivos;
- XLVIII. Procesos prioritarios:** aquellos que, por su importancia en la consecución del logro de la misión, visión, objetivos y metas institucionales, la salvaguarda de los recursos públicos, beneficio a la población, aportación al cumplimiento de programas o monto de recursos asignados son relevantes para la institución;
- XLIX. Procesos sustantivos:** aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la institución, es decir, con el cumplimiento de su misión;
- L. Programa presupuestario:** la categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas;
- LI. PTAR:** el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;
- LII. PTCI:** el Programa de Trabajo de Control Interno;
- LIII. RAC:** el Reporte Anual del Comportamiento de Riesgos.
- LIV. RAT:** el Reporte de Avance Trimestral del PTCI o del PTAR.
- LV. 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;
- LVI. Riesgo (s) de corrupción:** la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañen los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas;
- LVII. Secretaría:** a la Secretaría de la Contraloría del Estado de México;
- LVIII. Seguridad razonable:** el alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la institución sean alcanzados;
- LIX. Sesión (es) virtual (es):** la celebrada a través de medios electrónicos de comunicación a distancia que permiten la transmisión simultánea de voz e imagen;
- LX. Sistema de Control Interno Institucional y/o SCII:** el conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una Institución a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley;
- LXI. Sistema de información:** el conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control de la Institución;
- LXII. Subsecretaría:** la Subsecretaría de Control y Evaluación de la Secretaría de la Contraloría del Estado de México;

- LXIII. TIC:** las Tecnologías de la Información y Comunicaciones; procesos de información habilitados con la Tecnología;
- LXIV. Titular de la Secretaría:** a la persona servidora pública Titular de la Secretaría de la Contraloría del Estado de México;
- LXV. Unidades administrativas:** las comprendidas en el reglamento interior, estatuto orgánico y/o estructura orgánica básica de una Institución, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente, y
- LXVI. Vocal Ejecutivo:** la persona servidora pública Titular del Órgano Interno de Control en las dependencias y organismos auxiliares.

CAPÍTULO II

Responsables de su Aplicación y Vigilancia

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

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

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

4. DESIGNACIÓN DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES.

La persona Titular de la Institución designará mediante oficio dirigido al Titular de la Secretaría, a una persona servidora pública de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones.

El Coordinador de Control Interno designará enlaces del Sistema de Control Interno Institucional, de Administración de Riesgos y del Comité de Control y Desempeño Institucional, pudiendo designar a quienes no dependan jerárquicamente de él, previa autorización por escrito de la persona Titular de la Institución, siempre y cuando existan razones justificadas. La designación de los enlaces será comunicada mediante oficio a la Subsecretaría con copia al Órgano Interno de Control en la institución.

Tanto para la designación del Coordinador de Control Interno, como para los enlaces del Sistema de Control Interno Institucional, de Administración de Riesgos y del COCODI, se deberán considerar personas servidoras públicas con la capacidad técnica, experiencia, conocimiento de la institución y el perfil adecuados para planear, coordinar y dirigir la instrumentación del SCII y su evaluación, el ejercicio de administración de riesgos, así como las sesiones del COCODI en la institución, respectivamente.

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

5. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.

La Subsecretaría por sí o a través de los Órganos Internos de Control y Comisarios, conforme a sus respectivas atribuciones, serán responsables de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las Disposiciones; adicionalmente, los OIC, en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a las personas Titulares y demás personas servidoras públicas de la Institución para la implementación de su SCII.

CAPÍTULO III

Uso de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

6. DE LA SISTEMATIZACIÓN.

Las instituciones que hayan realizado acciones de mejora funcionales y una sistematización integral de los procesos en materia de control interno podrán operar con sus procedimientos optimizados, siempre que acrediten ante la Subsecretaría, que los mismos son compatibles con lo establecido en las Disposiciones.

TÍTULO SEGUNDO
MODELO DE CONTROL INTERNO
CAPÍTULO I
Estructura del Modelo

7. 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 Institución, la salvaguarda de los recursos públicos, promover un ambiente de ética e integridad para prevenir actos de corrupción, así como coadyuvar en la transparencia y rendición de cuentas de la gestión pública.

El Sistema de Control Interno Institucional actúa 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;
- III. **Cumplimiento:** Observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones; y
- IV. **Salvaguarda:** Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

8. NORMAS GENERALES Y PRINCIPIOS.

PRIMERA NGCI. AMBIENTE DE CONTROL.

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

1. **Mostrar actitud de respaldo y compromiso.-** El Titular, el Órgano de Gobierno y la Administración deben tener una actitud de compromiso en lo general con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y actos contrarios a la integridad y en lo particular con lo dispuesto por el “Acuerdo por el que se emite el Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de México y sus Organismos Auxiliares”, publicado en el Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, el 2 de abril de 2019, así como los Códigos de Conducta de cada institución.
2. **Ejercer la responsabilidad de vigilancia.-** El Titular y, en su caso, el Órgano de Gobierno, serán responsables de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que se establezca para tal efecto, para lo cual se tomará en consideración lo siguiente:
 - Estructura de Vigilancia;
 - Responsabilidades del Titular o, en su caso, del Órgano de Gobierno.
 - Requisitos de un Órgano de Gobierno o del Titular.
 - Vigilancia General del Control Interno, y
 - Corrección de deficiencias.
3. **Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad.-** El Titular debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades, delegar autoridad para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservar la integridad, rendir cuentas de los resultados alcanzados, así como para la documentación y formalización del control interno.
4. **Demstrar compromiso con la competencia profesional.-** La Administración es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo, para ello deberá:
 - Establecer expectativas de Competencia Profesional.
 - Evaluar la competencia profesional del personal en toda la institución.
 - Llevar a cabo la Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales.
 - Elaborar Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias.
5. **Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas.-** La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en la institución y hacer responsable a todas las personas servidoras públicas por sus obligaciones específicas en el SCII, para ello deberá:

- Establecer la Estructura para Responsabilizar al Personal por sus Obligaciones de Control Interno.
- Considerar las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal.

SEGUNDA NGCI. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Es el proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas. Para la aplicación de esta norma, el Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

- 6. Definir Metas y Objetivos institucionales.-** El Titular, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos, a través de un plan estratégico que, de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación al Plan Estatal de Desarrollo y a los Programas Institucionales, Sectoriales y Especiales.
- 7. Identificar, analizar y responder a los riesgos.-** La Administración, debe identificar riesgos en todos los procesos institucionales, analizar su relevancia y diseñar acciones suficientes para responder a éstos y asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados al personal de la institución, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.
- 8. Considerar el Riesgo de Corrupción.-** La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos asociados, principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos.
- 9. Identificar, analizar y responder al cambio.-** La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el control interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y/o surgir nuevos riesgos.

Los cambios internos incluyen modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología. Los cambios externos refieren al entorno gubernamental, económico, tecnológico, legal, regulatorio y físico. Los cambios significativos identificados deben ser comunicados al personal adecuado de la institución mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.

TERCERA NGCI. ACTIVIDADES DE CONTROL.

Son las acciones que define y desarrolla la Administración mediante políticas, procedimientos y tecnologías de la información con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción.

Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la institución, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos, así como para prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

En todos los niveles de la institución existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todas las personas servidoras públicas conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o unidad administrativa. Para la aplicación de esta norma, el Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

- 10. Diseñar actividades de control.-** La Administración debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales. En este sentido, es responsable de que existan controles y actividades de control apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos y distintos niveles institucionales, incluyendo los riesgos de corrupción.
- 11. Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC.-** La Administración debe desarrollar actividades de control, que contribuyan a dar respuesta y reducir los riesgos identificados, basadas

principalmente en el uso de las tecnologías de información y comunicaciones para apoyar el logro de metas y objetivos institucionales. Para ello deberá:

- Desarrollar los Sistemas de Información.
- Diseñar los Tipos de Actividades de Control Apropriadas.
- Diseñar la Infraestructura de las TIC.
- Diseñar la Administración de la Seguridad.
- Diseñar la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC.

12. Implementar Actividades de Control.- La Administración debe poner en operación políticas, procedimientos y otros documentos de naturaleza similar, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas, para ello deberá:

- Documentar y Formalizar de Responsabilidades a través de Políticas.
- Efectuar revisiones periódicas a las Actividades de Control.

CUARTA NGCI. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

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

La información que las personas servidoras públicas generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el sistema de control interno debe cubrir los requisitos establecidos por la Administración, con la exactitud apropiada, así como con la especificidad requerida del personal pertinente.

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

Para la aplicación de esta NGCI, el Titular, la Administración y en su caso el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

- 13. Usar Información relevante, veraz y de calidad.-** La Administración debe implementar los medios necesarios para que las unidades administrativas generen y utilicen información relevante, de calidad y que provenga de fuentes confiables, que contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales y den soporte al SCII.
- 14. Comunicar Internamente.-** La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.
- 15. Comunicar Externamente.-** La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante.

QUINTA NGCI. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

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

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

El Sistema de Control Interno Institucional debe mantenerse en un proceso de supervisión y mejora continua, con el propósito de asegurar que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, verificación y

evaluación interna y/o por las diferentes instancias fiscalizadoras, se resuelva con oportunidad y diligencia, dentro de los plazos establecidos de acuerdo a las acciones a realizar, debiendo identificar y atender la causa raíz de las mismas a efecto de evitar su recurrencia.

Para la aplicación de esta norma, el Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

- 16. Realizar actividades de supervisión.-** La Administración implementará actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados, por lo que deberá realizar una comparación del estado que guarda, contra el diseño establecido por la Administración; efectuar autoevaluaciones y considerar las auditorías y evaluaciones de las diferentes instancias fiscalizadoras, sobre el diseño y eficacia operativa del control interno, documentando sus resultados para identificar las deficiencias y cambios que son necesarios aplicar al control interno, derivado de modificaciones en la institución y su entorno.
- 17. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias.-** Todos las personas servidoras públicas de la institución deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a las personas responsables de adoptar medidas correctivas, como al Titular, a la Administración y, en su caso, al Órgano de Gobierno, a través de las líneas de reporte establecidas; la Administración es responsable de corregir las deficiencias de control interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por las personas responsables. Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la institución.

TITULO TERCERO **SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**

CAPÍTULO I **Responsabilidades y funciones en el Sistema de Control Interno Institucional**

9. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.

El control interno es responsabilidad de la persona Titular de la Institución, quien lo implementa con apoyo de la Administración y del resto de las personas servidoras públicas, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

I. GENÉRICAS:

Todas las personas servidoras públicas de la institución son responsables de:

- a) Conocer y llevar a cabo las acciones necesarias para lograr los objetivos y metas institucionales de la Dependencia u Organismo Auxiliar al cual se encuentran adscritos;
- b) Identificar, establecer y mantener controles preventivos, correctivos y detectivos, en cada unidad administrativa de acuerdo con sus funciones, así como participar en todas aquellas acciones que en materia de control interno se implementen por el titular, la administración u el órgano de gobierno;
- c) Colaborar con la identificación de riesgos que pudiesen afectar la consecución de los objetivos y metas de la institución, así como los riesgos de corrupción, e identificar estrategias y acciones de control para mitigar su impacto y/o probabilidad de ocurrencia;
- d) Informar al Coordinador de Control Interno sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables;
- e) Evaluar el SCII verificando el cumplimiento de las NGCI, sus principios y elementos de control, así como proponer las acciones de mejora y acciones de control, e implementarlas en las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua; y
- f) Participar en actividades de capacitación, formación y sensibilización en materia de control interno, de administración de riesgos y de ética e integridad, para el fortalecimiento de sus capacidades de control interno y administración de riesgos dentro de un ambiente ético.

II. DE LA PERSONA TITULAR Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

- a) Determinar las metas y objetivos de la institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Institución para la consecución de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, los programas sectoriales,

especiales y demás planes y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;

- b) Establecer y mantener un SCII apropiado, eficaz, operando y actualizado conforme a las Normas Generales de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento con el objetivo de fortalecerlo;
- c) Supervisar que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;
- d) Verificar que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;
- e) Aprobar el Informe Anual, el PTCl y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
- f) Aprobar la metodología para la administración de riesgos.
- g) Instruir y supervisar que las unidades administrativas, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional, acorde con la metodología para la administración que se determine.
- h) Instruir a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. DE LA PERSONA COORDINADORA DE CONTROL INTERNO:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución, el Órgano Interno de Control y la Subsecretaría, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;
- b) Acordar con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del Marco Integrado de Control Interno;
- c) Determinar en conjunto con el Titular la Institución los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) que serán sujetos de la evaluación del SCII;
- d) Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la institución;
- e) Revisar con el Enlace del SCII y presentar para aprobación de la persona Titular de la Institución el Informe Anual, el PTCl original y actualizado, y el RAT del PTCl;
- f) Aprobar las actualizaciones del PTCl, que sean que propuestas y justificadas por los responsables de las acciones comprometidas, informando al COCODI a través del RAT correspondiente.
- g) Establecer un programa de capacitación en materia de control interno y gestión de riesgos para las personas servidoras públicas de la Institución.

En la Administración de Riesgos:

- h) Acordar con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos específica, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;
- i) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión. En caso de que la metodología instituida contenga etapas o actividades adicionales a las establecidas en las Disposiciones, se deberá informar por escrito a la Subsecretaría.
- j) Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular del Órgano Interno de Control y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, para la autorización de la persona Titular de la Institución, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;

- k) Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes Disposiciones, y ser el canal de comunicación e interacción con la persona Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos;
- l) Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos;
- m) Revisar el RAT del PTAR y el RAC;
- n) Presentar anualmente para firma de la persona Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos, la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el RAC;
- o) Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR Institucionales, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas;
- p) Comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR Institucionales determinados en el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.
- q) Aprobar las actualizaciones del PTAR, que sean propuestas y justificadas por los responsables de las acciones comprometidas, informando al COCODI a través del RAT correspondiente.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

- r) Determinar, conjuntamente con la Presidencia 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 Institución;
- s) Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y competente, e instruir al Enlace del Comité sobre la conformación de la carpeta electrónica, en los 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.
- t) Solicitar al Enlace del COCODI que integre la carpeta electrónica con la evidencia documental de las acciones implementadas por las unidades administrativas de la Institución, a más tardar 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

IV. DEL ENLACE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;
- b) Auxiliar al Coordinador de Control Interno en la aplicación la evaluación del SCII;
- c) Revisar con los responsables de las unidades administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las NGCI, sus principios y elementos de control interno;
- d) Elaborar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- e) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- f) Integrar información para la elaboración del proyecto de RAT del cumplimiento del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno.
- g) Integrar la carpeta electrónica con el Informe Anual, el PTCI y el RAT, revisados y autorizados.

V. DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas responsables de la administración de riesgos;
- b) Informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;
- b) Para tal efecto, se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos;
- 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 Matriz, Mapa y PTAR; el RAT del PTAR; y el RAC.

- 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 RAT;
- f) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por las personas servidoras públicas de la institución, así como los determinados por el Comité o el Órgano de Gobierno, según corresponda.
- g) Integrar la carpeta electrónica con la Matriz, Mapa y PTAR; el RAT del PTAR; y el RAC, revisados y autorizados.

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 Institución;
- b) Solicitar a las unidades administrativas de la Institución la información suficiente, relevante y competente para la integración de la carpeta electrónica 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 la carpeta electrónica para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión.
- e) Llevar el registro de los acuerdos del COCODI y dar seguimiento a su cumplimiento.

VII. DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a) Asesorar y apoyar a la Institución de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;
- b) Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, se cumplan en tiempo y forma;

En la Administración de Riesgos:

- c) Apoyar a la Institución de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos;
- d) Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos;
- e) Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los grupos de trabajo que para tal efecto constituya el Enlace de Administración de Riesgos;
- f) Evaluar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y
- g) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

CAPÍTULO II

Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno

Sección I.

Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

10. DE LA EVALUACIÓN DEL SCII.

En cada Institución el SCII deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por las personas servidoras públicas responsables de las Unidades Administrativas y procesos sustantivos y demás personas servidoras públicas de todos los niveles que cuenten con la capacidad técnica, experiencia y conocimiento de la institución, así como de los rubros a evaluar dentro del ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las cinco NGCI, sus 17 Principios y elementos de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

Para llevar a cabo el ejercicio de evaluación del estado que guarda el SCII, cada Institución deberá:

- I. Determinar los procesos prioritarios que serán objeto del ejercicio;
- II. Validar la existencia de los controles y, en su caso, monitorear la efectividad de los mismos;
- III. Identificar las deficiencias de control y comunicar a las unidades administrativas responsables de su atención, y
- IV. Establecer las acciones de mejora correspondientes para su atención en el PTCl.

La institución determinará los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) para la evaluación del SCII empleando los siguientes criterios:

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

Los cuales serán plasmados en la siguiente matriz de procesos:

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

La determinación de los procesos deberá ser formalizada por escrito por el Titular de la Institución y el Coordinador de Control Interno, y formará parte de la evidencia documental que integra la evaluación del SCII.

Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control a nivel Institucional, así como en al menos cinco procesos prioritarios (sustantivos o administrativos) determinados por el Coordinador de Control Interno y el Titular de la Institución, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

Dentro de los procesos administrativos deberán considerarse necesariamente los procesos de adquisición de bienes y servicios y de contratación de obra pública.

El Coordinador de Control Interno deberá elaborar y remitir, en el mes de noviembre de cada año, a la Subsecretaría la Cédula de Evaluación del SCII, en el que se observe el resultado de la evaluación por elemento de control, NGCI y del resultado institucional.

La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de las cinco NGCI y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control **(FORMATO 1)**:

PRIMERA NGCI. AMBIENTE DE CONTROL.

- 1. Los objetivos y las metas institucionales están alineados al Plan de Desarrollo del Estado de México, a los programas institucionales y/o estratégicos.

2. La visión, misión y los objetivos están comunicados a todas las personas servidoras públicas de la institución, y las metas institucionales están asignadas a las Áreas o Unidades Administrativas para su cumplimiento.
3. Las personas servidoras públicas de las dependencias y organismos auxiliares conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales.
4. La Institución cuenta con Códigos de Ética y de Conducta formalizados.
5. La Institución da a conocer el Código de Ética y el de Conducta a las personas servidoras públicas.
6. La Institución da a conocer el Código de Ética y el de Conducta a partes interesadas con las que se relaciona.
7. La Institución cuenta con un Comité de Ética formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento de los Códigos de Ética y de Conducta y un Programa de Trabajo Anual.
8. Existen procedimientos para evaluar la competencia profesional de aspirantes a ocupar un puesto en las dependencias y organismos auxiliares.
9. La Institución aplica, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional.
10. De los resultados de las encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad y se establecen acciones de mejora.
11. La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones institucionales.
12. Los perfiles y descripciones de puestos de los niveles mandos medios y operativos están actualizados conforme a las funciones, objetivos de las Unidades Administrativas y los procesos de la institución.
13. La Institución cuenta en su estructura o designa oficialmente un área o persona específica, distinta al OIC, facultado para coordinar las acciones del SCII.
14. La Institución cuenta con un Programa de Capacitación en materia de control interno, administración de riesgos, ética e integridad para las personas servidoras públicas.
15. La Institución cuenta con un procedimiento formalizado para evaluar la competencia profesional y el desempeño de su personal.
16. Las presentes Disposiciones han sido comunicadas a todas las personas servidoras públicas de la institución.
17. Se difunden, entre las personas servidoras públicas de la Institución la normatividad aplicable a los procesos en los que participa, así como las responsabilidades que en materia de control interno y administración de riesgos que tienen asignadas.
18. La Institución opera un mecanismo para evaluar y actualizar el SCII.
19. La presentación de los Reportes de Avances Trimestrales del PTCI y el Informe Anual del estado que guarda el SCII, tiene estructura definida y autorizada.

SEGUNDA NGCI. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

20. Los objetivos de los procesos se encuentran alineados a los programas institucionales.
21. Se aplica una metodología para identificación de riesgos en la que intervengan todas las unidades administrativas de la institución.
22. La Institución cuenta con un inventario de riesgos y criterios de selección e implementación de sus acciones de control, incluidos los de corrupción.
23. Se han establecido compromisos con las personas responsables de las Unidades Administrativas que intervienen en la administración de riesgos para cumplir en tiempo y forma con las acciones de control.
24. Para la conformación del PTAR interviene personal de todas las unidades administrativas y niveles de la institución en las que se identificaron riesgos.
25. La institución designa a una persona responsable o área específica distinta al Órgano Interno de Control o instancia de control interno correspondiente para dar seguimiento al comportamiento de los riesgos y de presentar los informes.
26. La presentación de los Reportes de Avances Trimestrales del PTAR y el Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, tiene metodología, estructura definida y autorizada.
27. Las actividades implementadas por las unidades ejecutoras atienden y mitigan los riesgos que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales
28. Están identificados y documentados los riesgos de las actividades críticas del proceso, incluidos los riesgos de fraude o corrupción, y establecidos los mecanismos para su mitigación. (Proceso)
29. Existen mecanismos para asignar las responsabilidades para la mitigación y administración de riesgos por parte de quienes operan el proceso. (Proceso)
30. Existen mecanismos para informar a los mandos superiores sobre posibles riesgos, incluyendo los de corrupción, abusos y fraudes potenciales en las operaciones que pueden afectar el proceso. (Proceso)

TERCERA NGCI. ACTIVIDADES DE CONTROL.

31. Se tienen asociadas en un programa de trabajo las actividades de control, operadas manualmente o a través de TIC, a los riesgos detectados, así como la manera en que estos coadyuvan a su administración.

32. De acuerdo con el Manual General de Organización o Reglamento Interno de la Institución, se cuenta con personal y/o unidad administrativa responsable del seguimiento al avance y cumplimiento de las metas, objetivos o procesos de los programas.
33. En el diseño y cumplimiento de las metas se cuenta con indicadores o estándares de calidad o cumplimiento.
34. Se cuenta con los informes sobre el avance de las metas y objetivos, contienen un análisis, conclusiones y recomendaciones al titular de la institución para que en su caso se adopten acciones que correspondan.
35. Para la atención de recomendaciones derivadas de observaciones de instancias de fiscalización se establecen controles para evitar la recurrencia de observaciones.
36. Se cuenta con enlace designado o unidad específica para la atención y seguimiento de auditorías y/o evaluaciones de entes fiscalizadores externos.
37. Se evalúan periódicamente y en su caso se actualizan los procesos, políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control a cargo de la institución.
38. Los comités institucionales que atienden diferentes rubros o responsabilidades de la institución están debidamente formalizados e integrados conforme a la normatividad en la materia.
39. Los comités institucionales que atienden diversos asuntos responsabilidad de la institución, sesionan regularmente de conformidad con sus ordenamientos y con asistencia de sus integrantes.
40. Las recomendaciones y acuerdos de los comités institucionales se atienden en tiempo y forma conforme al ámbito de su competencia.
41. La Institución cuenta con un inventario de procesos prioritarios.
42. Los procesos identificados en la institución están mapeados y cuentan con manuales de procedimientos en los que se establezcan las funciones y responsabilidades de cada una de las áreas que intervienen en ellos.
43. Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados de los procesos, que pueden afectar el logro de metas y objetivos, y éstas son ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad. (Proceso)
44. Se instrumentan acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos y metas.
45. Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC. (proceso)
46. Los sistemas informáticos que opera la institución cuentan con medidas de seguridad en cuanto a control de acceso, registro de información, consulta y uso y recuperación de información en caso de siniestro.
47. La institución cuenta con un plan institucional de Tecnologías de la Información y Comunicación conforme a las disposiciones normativas.
48. La conformación del plan institucional de Tecnologías de la Información, contó con la intervención de todas las unidades administrativas de la institución.
49. El plan institucional de Tecnologías de la Información atiende las necesidades de sistematización de los procesos.
50. El sistema de archivos de la institución opera conforme a la normatividad establecida.
51. La Institución desarrolla e implementa acciones encaminadas al establecimiento de archivos digitales.

CUARTA NGCI. INFORMAR Y COMUNICAR.

52. Existen en la institución, mecanismos para proporcionar información relevante, veraz y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida, transparente y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables.
53. La Institución cuenta con mecanismos o instrumentos para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del Plan de Desarrollo del Estado de México, objetivos y metas institucionales, cumplen con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos.
54. Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable, información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal.
55. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, aprobados en las reuniones del Órgano de Gobierno y de Comités Institucionales, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma.
56. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de denuncias, sugerencias o reconocimientos, incluyendo actos contrarios a la ética y la integridad.
57. Se cuenta con responsables y mecanismos de información que de manera integral, oportuna y confiable permita a la institución, realizar seguimiento al ejercicio y comprobación de los recursos, así como informar sobre la atención de las observaciones de entes de fiscalización.
58. Se cuenta con responsables y sistemas de información o medios de comunicación que, de manera integral, oportuna y confiable, permita a las partes interesadas externas a la institución, conocer el desempeño en materia de transparencia, acceso a la información pública y protección de datos personales.
59. La Institución cuenta con mecanismos para comunicar a los mandos superiores las deficiencias de control, a efecto de que se determinen las acciones correctivas y preventivas a instrumentar, y se da seguimiento de las deficiencias reportadas.

QUINTA NGCI. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA

60. Existen mecanismos para la validación y monitoreo del SCII, así como criterios para determinar la relevancia de las deficiencias detectadas.
61. Se establece un Programa de Trabajo de Control Interno para la implementación de acciones de mejora que fortalezcan el funcionamiento del SCII.
62. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de control interno.
63. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras se utilizan para retroalimentar a cada una de las personas responsables y mejorar el proceso.
64. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre Tecnologías de la Información, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso.
65. Se llevan a cabo evaluaciones al SCII por parte del Titular y la Administración, Órgano Fiscalizador o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

El Coordinador de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que las personas servidoras públicas responsables de la existencia y operación de los elementos de control de la Institución, apliquen la evaluación con objeto de verificar la existencia y suficiencia de los elementos de control, y que cuando se identifiquen debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII, se establezcan y comprometan acciones de mejora en el PTCl.

Para el desarrollo de la evaluación del estado que guarda el SCII se empleará el **FORMATO 1**.

La Subsecretaría difundirá en medios electrónicos el listado de evidencias documentales y/o electrónicas sugeridas para sustentar la aplicación de cada elemento de control interno, las cuales podrán ser consideradas y/o complementadas con otras que la propia Institución tenga establecidas para comprobar que cumple con las condiciones del elemento de control.

11. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES.

Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, el Coordinador de Control Interno podrá incorporar en la evaluación del SCII e implementación de los 17 principios, elementos de control adicionales a los descritos en el numeral anterior, los cuales deberán basarse en los específicos detallados en el Marco Integrado de Control Interno para las dependencias y organismos auxiliares de la Administración Pública del Estado de México.

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

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

Sección II.**Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.****12. DE SU PRESENTACIÓN.**

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

- I. Al Titular de la Secretaría, con copia al Titular del Órgano Interno de Control, a más tardar el último día hábil del mes de enero de cada año;
- II. Al Comité en la primera sesión ordinaria, y
- III. Al Órgano de Gobierno, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

13. DE LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN.

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

- I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:
 - a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno;

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

La evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo, ambos documentos se incorporarán en carpeta electrónica para resguardo del Enlace del SCII.

Para la elaboración y presentación del Informe Anual, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 2**.

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

La Subsecretaría podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al último día hábil del mes de enero de cada año, por instrucciones superiores, caso fortuito o causas de fuerza mayor.

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

15. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.

El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada NGCI, 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 contar con la firma de autorización de la persona Titular de la Institución, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace del SCII y presentarse para aprobación del COCODI en su primera sesión ordinaria.

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

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

Para la elaboración y presentación del PTCI la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 1**.

16. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.

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

17. REPORTE DE AVANCES 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 dentro de los quince días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre al Titular de la Institución 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; y
 - d) Firma del Coordinador de Control Interno y del Enlace del SCII.
- II. El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:
- a) Al Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación; y
 - b) Al Comité u Órgano de Gobierno, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer RAT se presentará en la segunda sesión ordinaria.

Para la elaboración y presentación del Reporte de Avance Trimestral, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 3**.

18. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCl.

El Titular del Órgano Interno de Control realizará la evaluación del RAT del PTCl y elaborará el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará:

- I. Al Titular de la Institución y el Coordinador de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCl; y
- II. Al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada trimestre. El primer informe de evaluación del RAT se presentará en la segunda sesión ordinaria.

Para la elaboración del Informe de Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTCl, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 4**.

Sección IV.

Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual y PTCl.

19. INFORME DE RESULTADOS.

El Titular del Órgano Interno de Control evaluará el Informe Anual y el PTCl, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados:

- I. Al Titular de la Institución y al Titular de la Secretaría, a más tardar el último día hábil del mes de febrero; y
- II. Al Comité o, en su caso, al Órgano de Gobierno, en su primera sesión ordinaria.

20. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.

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

- I. La evaluación aplicada por la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;
- II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados a nivel institucional, así como en cada uno de los procesos prioritarios seleccionados;
- III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCl 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 SCII;

IV. Conclusiones y recomendaciones.

Para la elaboración y presentación del Informe de Evaluación, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 5**.

Las personas servidoras públicas responsables de las Unidades Administrativas y procesos de la institución deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el Órgano Interno de Control, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

TÍTULO CUARTO ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

CAPÍTULO I Proceso de Administración de Riesgos

21. DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La administración de riesgos genera información suficiente y confiable para dar respuesta a eventos inesperados que afecten el cumplimiento de los objetivos y metas, y sus finalidades son las siguientes:

- I. Aprender de manera dinámica de los procesos institucionales;
- II. Establecer una base confiable y ordenada para la toma de decisiones coyunturales, mejorando las decisiones de respuesta al riesgo;
- III. Aprovechar las oportunidades del entorno ante coyunturas;
- IV. Fortalecer la imagen, reputación y sustentabilidad de las instituciones;
- V. Generar de mejora continua como un proceso sistémico, y
- VI. Propiciar un ambiente de trabajo de confianza, transparencia, ética e integridad, que minimice los actos susceptibles de corrupción.

22. DEL EJERCICIO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.

El ejercicio para la identificación de riesgos se llevará a cabo en los siguientes niveles:

- I. **Estratégico.** Se refiere a los riesgos que pudieran comprometer la misión, visión, objetivos y metas institucionales estratégicas de la institución y su sostenibilidad.
- II. **Directivo o de proceso.** Se refiere a los riesgos que pudieran impedir que los procesos, programas y proyectos de la Institución cumplan los objetivos y metas para los cuales fueron diseñados.
- III. **Operativo.** Se refiere a los riesgos que repercuten en la eficacia de las tareas y acciones realizadas por los responsables de su ejecución.

23. INICIO DEL PROCESO.

El proceso de administración de riesgos iniciará el tercer trimestre de cada año. La persona Coordinadora de Control Interno con el apoyo del Enlace de Administración de Riesgos establecerán un grupo de trabajo en el que participen las y los titulares de las Unidades Administrativas de la Institución, personas servidoras públicas de cualquier nivel con conocimiento y experiencia, y la persona Titular del Órgano Interno de Control, con el objeto de integrar la Matriz y el PTAR; elaborando para ello un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos, mismo que deberá ser formalizado por los integrantes del grupo de trabajo y se deberá dejar constancia de ellos. Para la elaboración del Cronograma la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 6**.

Para llevar a cabo el ejercicio de identificación de riesgos, cada institución deberá:

- I. Definir claramente la misión, visión, objetivos y metas de Institucionales, con base en lo establecido en el Plan de Desarrollo del Estado de México y, en su caso, a los programas institucionales y estratégicos;
- II. Asegurar que los objetivos y metas sean lo suficientemente específicos, medibles, realizables y establecidos en un periodo de tiempo determinado, con indicadores cualitativos o cuantitativos que permitan evaluar su cumplimiento;
- III. Contar con un catálogo de procesos de las actividades sustantivas y de apoyo de la administración de la Institución, y
- IV. Determinar los procesos que serán objeto del ejercicio de identificación de riesgos.

Las actividades I y II se refiere a la identificación de riesgos a nivel estratégico, mientras que las actividades III y IV a la identificación de riesgos a nivel directivo o de proceso.

24. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA.

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el **ANEXO I** deberá tomarse como base para la metodología específica que aplique cada Institución, misma que deberá estar debidamente autorizada y formalizada por escrito por los integrantes del COCODI y documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos.

El ejercicio de identificación de riesgos deberá considerar al menos las siguientes etapas:

- I. Comunicación y consulta;
- II. Contexto;
- III. Evaluación de riesgos;
- IV. Evaluación de controles;
- V. Evaluación de riesgos respecto a controles;
- VI. Elaboración del Mapa de riesgos, y
- VII. Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos.

25. DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

Los riesgos de corrupción se considerarán de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la institución, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

Para la identificación de los riesgos de corrupción se podrá aplicar la metodología general de administración de riesgos del **Anexo I**, tomando en cuenta en las etapas que se enlistan los siguientes aspectos:

I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

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

II. CONTEXTO.

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

III. 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 de la Metodología General para la Administración de Riesgos (**ANEXO I**), debido a que serán de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la institución, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

Algunas de las herramientas técnicas que se podrán utilizar de manera complementaria en la identificación de los riesgos de corrupción son la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios, el Código de Ética emitido por la Secretaría de la Contraloría y el Código de Conducta de cada dependencia u organismo auxiliar.

26. TOLERANCIA AL RIESGO.

La Administración deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por la Institución. 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 Institución y al Coordinador de Control Interno, en caso de que se exceda el riesgo 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 institución.

27. SERVICIOS DE TERCERAS PERSONAS.

La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios de terceras personas que contrate para realizar algunos procesos operativos para la institución, 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 a la persona 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 dichas terceras personas impacta en el control interno de la institución.

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

CAPÍTULO II
Seguimiento de la Administración de Riesgos**28. INTEGRACIÓN DEL PTAR Y ACCIONES DE CONTROL.**

El PTAR deberá contener las acciones de control determinadas para la administración de los riesgos institucionales, también deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de control, la unidad administrativa y la persona responsable de su implementación, así como los medios de verificación.

Las acciones de control deberán concluirse a más tardar el último día hábil de cada año, en caso contrario, se documentarán y presentarán en el COCODI las justificaciones correspondientes.

La evidencia documental y/o electrónica suficiente que acredite la implementación de las acciones de control y/o avances reportados sobre el cumplimiento del PTAR, deberá ser resguardada por las personas servidoras públicas responsables de su implementación y estará a disposición de las instancias fiscalizadoras.

El PTAR deberá contar con la firma de autorización del Titular de la Institución, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace de Administración de Riesgos, y presentarse para aprobación del COCODI en su primera sesión ordinaria, y también deberá incluir:

- a) Los riesgos;
- b) Los factores de riesgo;
- c) Las estrategias para administrar los riesgos, y
- d) Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar:
 - Unidad administrativa;
 - Persona responsable de su implementación;
 - Las fechas de inicio y término, y
 - Medios de verificación.

Para la elaboración de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 7**.

29. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse a través del Reporte de Avances Trimestral, que será elaborado por la persona Coordinadora de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos, en los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para informar a las personas titulares de la Dependencia u Organismo Auxiliar y del Órgano Interno de Control el resultado a través del RAT del PTAR, el cual deberá contener:

- 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 Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; y

- d) Firmas de la persona Coordinadora de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR:

- a) Al Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación; y
- b) Al Comité u Órgano de Gobierno, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer RAT se presentará en la segunda sesión ordinaria, y así sucesivamente.

Para la elaboración del Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 8**.

30. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR.

La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por las personas servidoras públicas responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional y deberá ponerse a disposición del Órgano Interno de Control y demás instancias fiscalizadoras, a través del Enlace de Administración de Riesgos.

31. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

El Titular del Órgano Interno de Control presentará en las sesiones ordinarias inmediatas al cierre de cada trimestre del Comité de Control y Desempeño Institucional, un informe de evaluación del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, el cual contendrá sus observaciones y sugerencias para dar cumplimiento a dicho programa.

Para la elaboración del Informe de Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avance Trimestral del PTAR, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 9**.

32. DEL REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.

Al cierre del ejercicio, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos integrarán un Reporte Anual del Comportamiento de Riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos y el PTAR del año inmediato anterior, el cual será enviado a las personas titulares de la dependencia u organismo auxiliar, y al Órgano Interno de Control y presentado en la primera sesión de COCODI.

El reporte contendrá al menos lo siguiente:

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

En el caso Organismos Auxiliares, el Titular del Organismo Auxiliar lo informará al Órgano de Gobierno, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal sobre el comportamiento de los riesgos.

Para la elaboración y presentación del RAC, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **FORMATO 10**.

TÍTULO QUINTO COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL CAPÍTULO ÚNICO

33. DEL COMITÉ.

El Comité es el órgano que gobierna el SCII, que coordina la administración de riesgos institucional y da seguimiento al cumplimiento del PTCI y del PTAR. El COCODI tiene la finalidad de guiar a las dependencias y organismos auxiliares al cumplimiento los objetivos y metas con una seguridad razonable.

34. OBJETIVOS DEL COMITÉ.

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

35. OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

El COCODI de las dependencias y organismos auxiliares se integrará y operará conforme a lo señalado en los Lineamientos para la operación y funcionamiento del Comité de Control y Desempeño Institucional del **ANEXO II**.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

I. INTERPRETACIÓN

La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la Subsecretaría.

I. REVISIÓN

Las Disposiciones a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse periódicamente por la Subsecretaría para efectos de su actualización en caso de resultar procedente.

III. ASESORÍA Y APOYO

Los OIC en las dependencias y organismos auxiliares de la APE, vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los y las titulares y demás personas servidoras públicas de la Institución para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua, para el fortalecimiento institucional.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Publíquese el presente Acuerdo en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

SEGUNDO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

TERCERO.- Los Acuerdos tomados en sesiones de COCODI con anterioridad a la entrada en vigor del presente Acuerdo, serán concluidos conforme a las disposiciones aplicables vigentes a su inicio.

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

QUINTO.- Quedan abrogado el Acuerdo por el que el Secretario de la Contraloría emite las Disposiciones y el Manual Administrativo en materia de Control Interno para las Dependencias y Organismos Auxiliares del Gobierno del Estado

de México, publicado en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 4 de septiembre de 2017; así como las disposiciones de igual o menor jerarquía que se opongan a lo previsto en el presente Acuerdo.

Dado en la ciudad de Toluca de Lerdo, capital del Estado de México, a los 14 días del mes de junio del año dos mil veintiuno.

EL SECRETARIO

DR. EN D. JAVIER VARGAS ZEMPOALTECATL.
(RÚBRICA).

ANEXO I METODOLOGÍA GENERAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

El Coordinador de Control Interno, en sesión del Comité, explicará a los Vocales del Comité y a las personas servidoras públicas de las unidades administrativas sustantivas, la metodología general para la administración de riesgos a fin de que cada uno de los integrantes del COCODI elabore en sus unidades administrativas un diagnóstico que identifique los riesgos a los que se enfrentan y presentará sus aportaciones al Coordinador de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos en una segunda sesión extraordinaria, con la finalidad de compilar un inventario general de riesgos, que deberá estar concluido en el último trimestre del año.

El diagnóstico de cada unidad administrativa se realizará con base en 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 administrativos), 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, programas y proyectos susceptibles a riesgos de corrupción.

El grupo de trabajo considerará lo siguiente:

- a) El contexto apropiado para el diseño de riesgos;
- b) El plan estratégico institucional, metas y objetivos, procesos prioritarios (sustantivos y administrativos);
- c) La definición y explicación dentro del grupo, respecto de las bases y criterios para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, a fin de que puedan ser identificados correctamente y presentados al Enlace de Administración de Riesgos.
- d) La identificación específica los riesgos de corrupción.

II. CONTEXTO.

El grupo de trabajo aportará desde la perspectiva de su unidad administrativa, el contexto en el que se desempeña la Dependencia u Organismo Auxiliar, elaborando una descripción de los siguientes puntos:

- a) Entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico y ambiental.
- b) Situaciones intrínsecas relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos, estrategias, recursos humanos, materiales y financieros, programas presupuestarios y la evaluación de su desempeño, entre otros.
- c) Comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, su incidencia e impacto sobre el logro de los objetivos institucionales.

III. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Una vez concluidas las tareas del grupo de trabajo, el Titular de la Dependencia u Organismo Auxiliar, el Coordinador de Control Interno, los enlaces, así como el Titular del OIC, evaluarán los riesgos 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, su estructura deberá ser como se describe a continuación:



Nivel de decisión del riesgo. Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo con lo siguiente:

- **Estratégico.** Se refiere a los riesgos que pudieran comprometer la misión, visión, objetivos y metas institucionales / estratégicos de la institución y su sostenibilidad.
 - **Directivo o de proceso.** Se refiere a los riesgos que pudieran impedir que los procesos, programas y proyectos de la Institución cumplan los objetivos y metas para los cuales fueron diseñados.
 - **Operativo.** Se refiere a los riesgos que repercuten en la eficacia de las tareas y acciones realizadas por los responsables de su ejecución.
- b) **Clasificación de los riesgos.** Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo con la naturaleza de la Institución, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo: sustantivo, administrativo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC; de salud; de corrupción y otros.
- c) **Identificación de factores de riesgo.** Se describirán las causas o situaciones internas o externas que aumentan la probabilidad de 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:** 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.
- d) **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.
- e) **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;
- f) **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 con la siguiente escala de valor:

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Institución y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos de la Institución.
9		
8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de las metas y objetivos institucionales. Además, se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
7		
6	Moderado	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		
4	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
3		
2	Menor	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Institución.
1		

- g) **Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (valoración inicial).** 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	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia muy alta. Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%.
9		
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta. Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
7		
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media. Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
5		
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja. Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
3		
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.
1		

La valoración del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia deberá realizarse antes de la evaluación de controles (evaluación inicial), es decir 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.

Una vez que se han identificado los factores de riesgo, se deberá evaluar la existencia de controles, y en caso de existir, determinar si están documentados, formalizados, se aplican y si son efectivos, conforme a lo siguiente:

Comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.

- a) Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.

b) Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo.

c) Identificar en los controles lo siguiente:

1. **Deficiencia:** Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:

- Está diseñado: Que se encuentra descrito.
- Está documentado y formalizado: Se encuentra autorizado por servidor público facultado.
- En ejecución: Se aplica consistentemente el control, y
- Es efectivo (avanzado). 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.

d) 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 es 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.

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.

- 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 de terceros, 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.
 - **Diversificación o fraccionamiento:** Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, es decir, reduce la exposición al riesgo de un activo individual o acumulado (diversificación). También puede fraccionarse o compartir el riesgo; es decir, 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.
- De todas las estrategias anteriores, es imprescindible realizar un análisis del costo-beneficio en la mitigación de los riesgos.
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.
- d) Las dependencias y organismos auxiliares deberán determinar necesariamente dentro de su PTAR, riesgos asociados a sus procesos de adquisición de bienes y servicios, de contratación de obra pública y comprobación del ejercicio de participaciones federales.

ANEXO II
LINEAMIENTOS PARA LA OPERACIÓN Y
FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE CONTROL Y
DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

El COCODI es el órgano que gobierna el SCII, coordina la administración de riesgos institucional y da seguimiento el cumplimiento del PTCI y del PTAR, con la finalidad de guiar a las dependencias y organismos auxiliares al cumplimiento los objetivos y metas con una seguridad razonable.

I. ATRIBUCIONES DEL COMITÉ

1. ATRIBUCIONES.

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Aprobar el Orden del Día;
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:
 - a) El Informe Anual;
 - b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento;
 - c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados del Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación del Informe Anual, y
 - d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia;
- III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:
 - a) La revisión del PTAR, la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de sus actualizaciones;
 - b) El RAT del PTAR;
 - c) El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y
 - d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por el Órgano Interno de Control 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, y
 - c) La revisión del cumplimiento de los programas, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.
- V. Aprobar acuerdos para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética por conductas contrarias al Acuerdo por el que se emite el Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de México y sus Organismos Auxiliares y al Código de Conducta de la institución respectiva, en su caso;

- VI. Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la Institución, que elaboren las y los representantes designados por la Subsecretaría, así como de la MIR de los programas presupuestarios responsabilidad de la institución, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan;
- VII. Proponer a la Subsecretaría acciones transversales para la administración de riesgos, controles, actividades de control, proyectos, mejores prácticas y mecanismos en favor de la ética e integridad;
- VIII. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;
- IX. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
- X. Ratificar las actas de las sesiones; y
- XI. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

II. INTEGRACIÓN DEL COMITÉ Y FUNCIONES DE SUS INTEGRANTES

2. INTEGRACIÓN.

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

- I. **Presidente:** La persona servidora pública Titular de la Institución.
- II. **Vocal Ejecutivo:** La persona servidora pública Titular del Órgano Interno de Control.
- III. **Vocales:**
 - a) **En las Dependencias:**
 1. Titular del Área de Administración y Finanzas o equivalente
 2. Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos o equivalente.
 3. Titular de la Unidad de Tecnologías de Información o equivalente.
 4. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).
 5. Titular de la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación o equivalente.
 - b) **En los Organismos Auxiliares:**
 1. Una persona representante de la Coordinadora Sectorial.
 2. Titular del Área de Administración y Finanzas o equivalente
 3. Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos o equivalente.
 4. Titular de la Unidad de Tecnologías de Información o equivalente.
 5. El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).
 6. Titular de la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación o equivalente.

Las personas representantes de la coordinadora sectorial en los organismos auxiliares y de la dependencia a la que están adscritos los órganos administrativos desconcentrados, deberán corresponder a un nivel jerárquico mínimo de Dirección General o equivalente y tener el conocimiento sobre los temas de la Institución, así como capacidad de decisión sobre los asuntos que se presenten en el COCODI, condiciones que el Presidente y el Vocal Ejecutivo del Comité deberán verificar su cumplimiento.

Los órganos administrativos desconcentrados deberán instalar su propio COCODI para los efectos que establece el Título Quinto de las Disposiciones, como excepción y en caso de no tener adscrito un Órgano Interno de Control dentro de su estructura orgánica, el Titular de la institución deberá formular solicitud a la Presidencia del COCODI de la dependencia a la que se encuentran sectorizados y jerárquicamente subordinados, para que se incorpore dicho órgano desconcentrado al Comité de la dependencia, informando mediante escrito, a la Subsecretaría sobre esta incorporación.

Los organismos auxiliares que no cuenten con un Órgano Interno de Control o que dentro de su estructura orgánica no cuenten con la totalidad de las figuras para formar su propio Comité conforme a lo señalado en el inciso b) del presente numeral, deberán solicitar a la Presidencia del COCODI de la dependencia a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, para que se incorpore dicho Organismo al Comité de la dependencia, informando a la Subsecretaría sobre esta incorporación.

No obstante, la incorporación de los organismos auxiliares y órganos administrativos desconcentrados, cada Institución deberá formular su propia evaluación del estado que guarda SCII, Informe Anual, PTCI, RAT del PTCI, Inventario, Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, RAT del PTAR y Reporte Anual del comportamiento de los Riesgos a los que se refieren los Títulos Tercero y Cuarto de las Disposiciones.

Todas las dependencias y organismos auxiliares deberán evaluar la inclusión de las y los titulares de las unidades administrativas, responsables de procesos sustantivos, como Vocales del Comité.

3. ÓRGANO DE VIGILANCIA.

En los Comités, la Secretaría participará en calidad de Órgano de Vigilancia de la Institución de la manera siguiente:

- a) En las dependencias y órganos administrativos desconcentrados: una persona representante de la Subsecretaría, y/o
- b) En los organismos auxiliares: el Comisario Público Propietario y/o Suplente del sector correspondiente.

4. INVITADOS.

Se podrán incorporar por invitación al Comité:

- I. Las personas responsables de las áreas de la Institución competentes de los asuntos a tratar en la sesión;
- II. Las personas servidoras públicas de la APE, internos o externos a la Institución que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución;
- III. Personas externas a la APE, expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los integrantes del Comité con autorización de la Presidencia;
- IV. Auditor Externo;
- V. Representante de la Subsecretaría, designado por su Titular;
- VI. 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;
- VII. Las personas titulares de las dependencias u organismos auxiliares que se hayan incorporado al Comité de la dependencia a la que se encuentran jerárquicamente subordinados; y
- VIII. Los Enlaces del Sistema de Control Interno, de Administración de Riesgos y del Comité.

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

La persona invitada representante de la Subsecretaría, deberá ser convocado invariablemente a las sesiones del Comité, su designación será comunicada por el Titular de la Subsecretaría por escrito al Vocal Ejecutivo.

5. SUPLENTES.

La Presidencia del COCODI, sólo podrá ser sustituida en su ausencia por el Coordinador de Control Interno. Los demás integrantes propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquellos. Por excepción, las suplencias de las y los Vocales se podrán realizar por el personal que, por su estructura, tenga capacidad para tomar decisiones y firmar acuerdos, facultado mediante oficio.

Para fungir como suplentes, las personas servidoras públicas deberán contar con acreditación por escrito del integrante propietario, dirigida al Vocal Ejecutivo, de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica

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

6. FUNCIONES DE LA PRESIDENCIA DEL COMITÉ.

La Presidencia del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Determinar en conjunto 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 las y los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
- II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;
- III. Poner a consideración de los integrantes 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 los organismos auxiliares, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración del Comité.
 - b) En el caso de los órganos administrativos desconcentrados, a la persona 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 fortalecimiento de capacidades de los integrantes propietarios en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

7. FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES PROPIETARIOS.

Corresponderá a cualquiera de los integrantes propietarios del Comité:

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

8. 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 integrantes 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. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos;
- V. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables;
- VI. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los integrantes y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo, y
- VII. Revisar y verificar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Enlace del Comité, la integración de la carpeta electrónica de la información que compete a las unidades administrativas de la Institución, y que ésta se encuentra disponible para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión.

9. FUNCIONES DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA.

Son funciones de la persona servidora pública designada como representante por la Subsecretaría y/o 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, a la Presidencia 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;
- IV. En cuanto a las dependencias y órganos administrativos desconcentrados, presentará en la segunda sesión ordinaria del Comité el reporte del análisis del desempeño de la Institución, y
- V. Vigilar el cumplimiento de lo establecido en el Título Cuarto de las presentes Disposiciones.

Las funciones enunciadas en este numeral, se entenderán conferidas al Comisario Público, en el marco de las presentes Disposiciones y serán complementarias a las señaladas en la Ley para la Coordinación y Control de Organismos Auxiliares del Estado de México.

III. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

10. 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 máximo, durante los dos meses inmediatos posteriores 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 los organismos auxiliares, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del órgano de gobierno o equivalente.

11. CONVOCATORIAS.

La convocatoria y la propuesta del orden del día, deberá ser enviada por el Vocal Ejecutivo a los integrantes 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.

Las convocatorias se podrán realizar por correo electrónico institucional, confirmando su recepción mediante acuse de recibo, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **Formato de Convocatoria**.

12. 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 integrantes e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

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

13. DESARROLLO DE LAS SESIONES Y REGISTRO DE ASISTENCIA.

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

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

14. QUÓRUM LEGAL.

El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia del cincuenta por ciento más uno de sus integrantes, siempre que participen el Presidente o Presidente suplente y el Vocal Ejecutivo o Vocal Ejecutivo suplente.

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

15. DE LA 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 consignen 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 institución, 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 el PTCI y el PTAR.

La Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

- I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;
- II. Aprobación de la 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 de no cumplirse el Vocal Ejecutivo determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones.
- V. Cédula de problemáticas o situaciones críticas. La cédula deberá ser elaborada por el Vocal Ejecutivo a sugerencia de los integrantes e invitados del Comité, considerando, en su caso, la información que proporcionen las unidades normativas de la Secretaría, cuando existan o se anticipen posibles incumplimientos normativos y/o desviaciones negativas en programas presupuestarios o en cualquier otro tema vinculado al desempeño institucional, derivado de los cambios en el entorno interno o externo de la institución, con el fin de identificar riesgos que no estén incluidos en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional o bien debilidades de control interno adicionales a las obtenidas en la evaluación del control interno, que deban ser incorporadas y atendidas con acciones de mejora en el PTCI o en el PTAR.
- VI. Presentación del Reporte Anual del Análisis del Desempeño de la dependencia y/o de los órganos administrativos desconcentrados que elabora el Delegado.

VII. Desempeño Institucional.

- a) **Programas Presupuestarios.-** Se deberán identificar e informar los programas presupuestarios que representen el 80% del presupuesto original de la institución y muestren variaciones superiores a 10 puntos porcentuales al comparar: (1) el presupuesto ejercido contra el modificado y (2) el cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.
- b) **Proyectos de Inversión Pública.-** El tema aplicará sólo a las instituciones que cuenten con presupuesto autorizado en este concepto y deberán identificar e informar los proyectos de inversión pública que presenten variaciones superiores a 10 puntos porcentuales, al comparar el avance acumulado: (1) del presupuesto ejercido contra el programado, (2) del físico alcanzado contra el programado, y (3) del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.
- c) **Pasivos contingentes.-** Es necesario que, en su caso, se informe al Comité sobre el impacto en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales. Considerando que su materialización pudiera representar un riesgo financiero para la institución e incidir de manera importante en su flujo de efectivo y ejercicio presupuestal (incluir los pasivos laborales y los correspondientes a juicios jurídico-contenciosos). En su caso, señalar las estrategias procesales para su atención, su avance y los abogados externos que están contratados su trámite correspondiente.
- d) **Plan Institucional de Tecnologías de Información.-** Informar, en su caso, de manera ejecutiva las dificultades o situaciones que causan problemas para su cumplimiento y las acciones de solución emprendidas, en el marco de lo establecido en esa materia por la Secretaría.

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

VIII. Seguimiento al Programa Anual de actividades del Comité de Ética.

IX. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:

- a) Informe Anual, PTCI e Informe de Resultados del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación al Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
- b) Reporte de Avances Trimestral del PTCI.- Se deberá incluir el total de acciones de mejora concluidas y su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno; así como las pendientes sin avance y el porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso.
- c) Aspectos relevantes del Informe de Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

X. Proceso de Administración de Riesgos Institucional.

- a) Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
- b) Reporte de Avance Trimestral del PTAR.- Se deberá incluir el total de acciones de control concluidas y su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance.
- c) Aspectos relevantes del Informe de Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

XI. Aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad.

La presentación de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidades, así como de las observaciones determinadas por las instancias fiscalizadoras, puede significar que en la institución existen debilidades o insuficiencias de control interno o actos contrarios a la

integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión de la institución, por lo que sólo deberá presentarse:

- a) Breve descripción de las denuncias recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la institución y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a las personas servidoras públicas de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas.
- b) La descripción de las observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras, identificando las causas que las originan y acciones para evitar que se continúen presentando; así como, aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses, ya que su falta de atención y cumplimiento inciden mayormente en una eficiente gestión y adecuado desempeño institucional.

XII. Seguimiento al Plan de Desarrollo Estatal.

XIII. 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.

XIV. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus integrantes, invitados o el Órgano de Vigilancia, podrán solicitar se incorporen a la orden del día asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

Para la determinación del Orden del Día, la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el formato el **Formato de Orden del Día y el Formato de Cédula de Problemáticas**.

16. ACUERDOS.

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

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

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los integrantes asistentes, en caso de empate la Presidencia 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.

Para la elaboración de los Acuerdos la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **Formato Cédula de Seguimiento de Acuerdos**.

17. 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.

Para el seguimiento de Acuerdos de la sesión, el Vocal Ejecutivo podrá auxiliarse en el **Formato Seguimiento de Acuerdos**.

18. ACUERDOS RELEVANTES DEL CONOCIMIENTO DE INSTANCIAS SUPERIORES.

El Comité determinará los acuerdos relevantes que la Presidencia hará del conocimiento al Órgano de Gobierno de los organismos auxiliares y en el caso de los órganos administrativos desconcentrados de la dependencia a la que se encuentren adscritos.

19. REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS.

Para los acuerdos que se emitan por parte del COCODI y que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única vez, éste podrá aprobar una nueva fecha que preferentemente, no exceda de 30 días hábiles contados a partir del día siguiente al de la sesión, conservando el registro de la fecha inicial de atención.

20. ACTA DE LA SESIÓN.

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

- I. Nombres y cargos de las y los asistentes;
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- III. Acuerdos aprobados, y
- IV. Firma autógrafa de quienes asistan a la sesión, Comisario Público según corresponda, y la persona representante de la Subsecretaría. Las y los invitados de la Institución que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

21. ELABORACIÓN DEL ACTA Y DE SU REVISIÓN.

El Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los integrantes del Comité e invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, con la finalidad de que emitan sus comentarios.

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

Para la elaboración del Acta de la Sesión la Secretaría pondrá a disposición de las dependencias y organismos auxiliares el **Formato Acta Sesión COCODI**.

22. CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES.

La carpeta electrónica 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 de la 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.

23. ACCESO A LA CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES.

El Enlace del COCODI deberá garantizar acceso a la carpeta electrónica de la sesión a los integrantes del Comité, al órgano de vigilancia, a las y los auditores externos, a las y los enlaces del SCII y de Administración de Riesgos, así como a las y los invitados en aquellas sesiones en las que tengan participación.