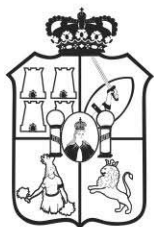




PERIÓDICO OFICIAL

ÓRGANO DE DIFUSIÓN OFICIAL DEL GOBIERNO
CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE TABASCO.



TABASCO

LIC. ADÁN AUGUSTO LÓPEZ HERNÁNDEZ
Gobernador Constitucional del Estado de Tabasco

LIC. MARCOS ROSENDO MEDINA FILIGRANA
Secretario de Gobierno

28 DE SEPTIEMBRE DE 2019



PUBLICADO BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LA SECRETARÍA DE GOBIERNO
Registrado como correspondencia de segunda clase con fecha
17 de agosto de 1926 DGC Núm. 0010826 Características 11282816

No.- 1905

ACUERDO

H. Congreso del Estado Órgano Superior de Fiscalización del Estado

C.P.C. y M. en Aud. Alejandro Álvarez González, Fiscal Superior del Estado, con fundamento en los artículos 116, segundo párrafo, fracción II, sexto párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 40 primer párrafo y 73 Ter, segundo párrafo, fracción II de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco, 81 fracciones I, XIII, XXIX y XXXVIII (Sic) de la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Tabasco y 11 fracción I, inciso A) del Reglamento Interior del Órgano Superior de Fiscalización del Estado y:

CONSIDERANDO

PRIMERO. - Que derivado de la entrada en vigor del Sistema Nacional Anticorrupción y las leyes secundarias aprobadas y reformadas por el Congreso de la Unión: Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción; la Ley General de Responsabilidades Administrativas, la Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa y la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 18 de julio de 2016, se considera como objetivo genérico el fortalecimiento de las instituciones públicas, promover la correcta actuación de los servidores públicos en el desempeño de sus funciones y coadyuvar a una efectiva rendición de cuentas, lo anterior con la coordinación de diversos órganos de combate a la corrupción .

SEGUNDO. - Que en consideración a la actualización de la normativa estatal, el 28 de junio de 2017 se publican en el Periódico Oficial del Estado de Tabasco, Suplemento 7806, diversas reformas a la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco, contemplando la adición en su Título VII, del Capítulo II denominado del Sistema Estatal Anticorrupción.

TERCERO. - Que, con base a la coyuntura y la obligación de replicar el modelo nacional, el H. Congreso del Estado de Tabasco, el 15 de julio de 2017 publicó en el Suplemento B al Periódico Oficial del Estado de Tabasco No. 7811, mediante Decretos 106, 107 y 108, la Ley del Sistema Anticorrupción del Estado de Tabasco, la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Tabasco y la Ley de Justicia Administrativa del Estado de Tabasco, respectivamente.

CUARTO. - Que con base a lo establecido en el artículo 10 de la Ley del Sistema Anticorrupción del Estado de Tabasco, el Titular del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de Tabasco, forma parte del Comité Coordinador, mismo que tiene a su cargo la responsabilidad del diseño, promoción, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de combate a la corrupción.

QUINTO. - Que con base a los artículos 17 fracción XX y 81 fracción XXIX de la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Tabasco, el Órgano Superior de Fiscalización del Estado y su Titular tendrán dentro sus atribuciones para la fiscalización de la Cuenta Pública, el participar en el Comité Coordinador del Sistema Estatal Anticorrupción en los

términos de lo dispuesto por el artículo 73 Ter de la Constitución Política del Estado de Libre y Soberano de Tabasco y de la ley estatal en la materia.

SEXTO. – Que el artículo 11 fracción XXI del Reglamento Interior del Órgano Superior de Fiscalización del Estado, señala que el Fiscal Superior deberá ejercer las funciones que le correspondan, como integrante del Sistema Estatal Anticorrupción.

SÉPTIMO. - Que aunado a la normativa federal y estatal, en el Plan Estratégico 2018-2024 del Órgano Superior de Fiscalización del Estado, se considera el Eje 1, Fiscalización y anticorrupción, el cual contempla la actuación sustantiva transversal, apegada al Sistema Nacional Anticorrupción, al Sistema Nacional de Fiscalización y al Sistema Estatal Anticorrupción; así mismo, en el Objetivo 2.6. Generación del marco integral de control interno del Eje 2: Desarrollo de capacidades, se contempla la Implementación del Sistema Integral del Control Interno Institucional (SICII).

OCTAVO. - Que en el contexto del Sistema Nacional de Fiscalización se destaca la importancia de garantizar que las Entidades Fiscalizadoras Superiores desempeñen un papel clave en el establecimiento de normas de control Interno y la evaluación de los controles internos, por lo que la Auditoría Superior de la Federación, publicó en 2014 el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI), basado en el Marco COSO 2013, como un modelo general de control interno, para ser adoptado y adaptado por las instituciones.

NOVENO. – Que el 03 de noviembre de 2016 la Secretaría de la Función Pública publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno aplicables para la Administración Pública Federal, cuya reforma fue publicada por el mismo medio oficial, el 05 de septiembre de 2018.

DÉCIMO. – Que la implementación de un Sistema Integral del Control Interno en el contexto gubernamental permitirá el fortalecimiento de la actividad sustantiva, identificar y administrar riesgos en su propia gestión, evaluar la integridad de los servidores públicos e informar los resultados obtenidos de su ejecución.

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

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo en Materia de Control Interno y Administración de Riesgos de Aplicación en el Órgano Superior de Fiscalización del Estado.

ARTÍCULO PRIMERO. - El presente Acuerdo tiene por objeto dictar las disposiciones que deberán observar los servidores públicos del Órgano Superior de Fiscalización del Estado en materia de control interno, con la finalidad de aprovechar y aplicar de manera eficiente los recursos y los procedimientos técnicos con que se cuentan.

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

**DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
INSTITUCIONALES, DE APLICACIÓN EN EL ÓRGANO SUPERIOR DE FISCALIZACIÓN DEL
ESTADO**

**TÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO I
Del Ámbito de Aplicación y Definiciones**

1. Objetivo y ámbito de aplicación.

Las presentes Disposiciones tienen por objeto establecer los fundamentos y normas generales que en materia de control interno deberán observar los servidores públicos del OSFE, con el fin de implementar los mecanismos de control interno que coadyuven al cumplimiento de sus metas y objetivos, prevenir los riesgos que puedan afectar el logro de éstos, fortalecer el cumplimiento de las leyes y disposiciones normativas, generar una adecuada rendición de cuentas y transparentar el ejercicio de la función pública.

Los Titulares de las Unidades Administrativas, así como los demás servidores públicos que integran el OSFE, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación el Sistema Integral de Control Interno Institucional, tomando como referencia el Marco Integrado de Control Interno (MICI) del Sistema Nacional de Fiscalización y como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

2. Definiciones

Para efectos de las presentes Disposiciones se entiende por:

- I. **Acción (es) de control:** Las actividades determinadas e implantadas por el Fiscal Superior y demás servidores públicos del OSFE para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;
- II. **Acción (es) de mejora:** Las actividades determinadas e implantadas por el Fiscal Superior y demás servidores públicos del OSFE para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema Integral de Control Interno Institucional;
- III. **Administración:** Los servidores públicos de mandos superiores y medios diferentes al Fiscal Superior;
- 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 del OSFE, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas.

- V. **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 Integral de Control Interno Institucional;
- VI. **Autocontrol:** La implantación que realizan los Titulares de las Unidades Administrativas, 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;
- VII. **Carpeta electrónica:** la aplicación informática que contiene la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité;
- VIII. **Comité y/o COCODI:** el Comité de Control y Desempeño Institucional;
- IX. **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;
- X. **Control correctivo:** El mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones;
- XI. **Control detectivo:** El mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;
- XII. **Control Interno:** El proceso que tiene como fin proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos Institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad;
- XIII. **Control preventivo:** 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;

- XIV. **Debilidad(es) de Control Interno:** La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema Integral de Control Interno Institucional, que obstaculizan o impiden el logro de los objetivos y metas institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna de la DCI.
- XV. **DCI:** Dirección de Contraloría Interna;
- XVI. **Disposiciones:** Las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno;
- XVII. **DTI:** Dirección de Tecnologías de la información,
- XVIII. **Economía:** Los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida;
- XIX. **Eficacia:** El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;
- XX. **Eficiencia:** El logro de objetivos y metas programadas con la menor cantidad de recursos;
- XXI. **Elementos de control:** Los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada institución en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;
- XXII. **Evaluación del Sistema de Control Interno:** 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 Integral 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;
- XXIII. **Factor de riesgo:** La circunstancia o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;
- XXIV. **Gestión de riesgos de corrupción:** Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses del OSFE, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude,

apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas, en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y/o servicios internos y externos;

- XXV. **Impacto o efecto:** Las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;
- XXVI. **Informe Anual:** el Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema Integral de Control Interno Institucional;
- XXVII. **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;
- XXVIII. **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;
- XXIX. **Matriz de Administración de Riesgos:** La herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la Institución, considerando las etapas de la metodología de administración de riesgos;
- XXX. **MICI y/o Marco Integrado de Control Interno:** Documento desarrollado por el Grupo de Trabajo de Control Interno del Sistema Nacional de Fiscalización, aplicable a los tres órdenes de gobierno del estado mexicano, publicado en los sitios de internet del Sistema Nacional de Fiscalización y de la Auditoría Superior de la Federación;
- XXXI. **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, Plan Estratégico y sus programas derivados, que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema Estatal de Evaluación del Desempeño;
- XXXII. **Mejora continua:** Al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema Integral 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;
- XXXIII. **Modelo Estándar de Control Interno:** Al conjunto de normas generales de control interno y sus principios y elementos de control, los niveles de responsabilidad de control interno, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al Sistema Integral de Control Interno Institucional;

- XXXIV. **Objetivos institucionales:** Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Estatal de Desarrollo, en términos del Capítulo Cuarto de la Ley de Planeación del Estado, y en específico aquellos considerados en el Plan Estratégico;
- XXXV. **OSFE:** El Órgano Superior de Fiscalización del Estado;
- XXXVI. **Planeación estratégica:** El ejercicio periódico que facilita la identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.
- XXXVII. **Probabilidad de ocurrencia:** La estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;
- XXXVIII. **Procesos sustantivos:** Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la institución, es decir, con el cumplimiento de su misión.
- XXXIX. **Programa presupuestario:** La categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas;
- XL. **PTAR:** El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;
- XLI. **PTCI:** El Programa de Trabajo de Control Interno;
- XLII. **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 los objetivos y metas institucionales;
- XLIII. **Riesgo (s) de corrupción:** La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas;
- XLIV. **Riesgo inherente:** es el riesgo que enfrenta el OSFE cuando las Unidades Administrativas no responden ante el riesgo.
- XLV. **Riesgo residual:** es el riesgo que permanece después de la respuesta de las Unidades Administrativas del OSFE al riesgo inherente.
- XLVI. **Seguridad razonable:** El alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la institución serán alcanzados;
- XLVII. **Sesión (es) virtual (es):** La celebrada a través de medios electrónicos de comunicación a distancia que permiten la transmisión simultánea de voz e imagen;

- XLVIII. **Sistema Integral de Control Interno Institucional o SICII:** El conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por el OSFE 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;
- XLIX. **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;
- L. **TIC's:** Las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;
- LI. **Fiscal:** El Fiscal Superior del Estado.
- LII. **Titulares de las Unidades Administrativas:** En plural o singular, femenino o masculino, al director, Coordinador o Titular de las Unidades Administrativas del OSFE, de acuerdo a su cargo.
- LIII. **Unidades Administrativas:** En plural o en singular, a las diferentes Unidades mencionadas en el artículo 8 del Reglamento Interior del OSFE y las enunciadas en el apartado IV del Manual de Organización del OSFE.

Las definiciones previstas en el artículo 4 de la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Tabasco, serán aplicables al presente documento.

CAPÍTULO II

Responsables de su Aplicación y Vigilancia

3. Responsables de su aplicación.

Es responsabilidad del Fiscal y demás servidores públicos del OSFE en el ámbito de sus respectivas atribuciones establecer y actualizar el SICII, 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 SICII, se identificarán y clasificarán los mecanismos de control en preventivos, detectivos y correctivos, privilegiándose los preventivos y las prácticas de autocontrol, para evitar que se produzcan resultados o acontecimientos no deseados o inesperados que impidan en términos de eficiencia, eficacia y economía el cumplimiento de las metas y objetivos de la institución.

4. Designación de Coordinador de Control Interno y Enlaces.

El Titular del OSFE designará, mediante oficio, a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador del Control Interno, para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones, el nombramiento recaerá, preferentemente, en el Secretario Técnico.

El Coordinador del Control Interno designará al Enlace de Control Interno Institucional y al Enlace de Administración de Riesgos, quienes deberán tener nivel jerárquico inmediato inferior al del Coordinador.

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

5. De su vigilancia y asesoría.

La DCI será responsable de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las Disposiciones; y otorgará la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares de las Unidades Administrativas y demás servidores públicos del OSFE, para la implementación del SICII.

CAPÍTULO III**Uso de Tecnologías de la Información y Comunicaciones****6. De las cuentas de correos estandarizadas.**

El Coordinador de Control Interno y los Enlaces contarán con cuentas de correo estandarizadas con el dominio del OSFE, su uso quedará bajo responsabilidad de los mismos.

TÍTULO SEGUNDO**MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO****CAPÍTULO I****Estructura del Modelo****7. Categorías del objetivo de Control Interno.**

El Control Interno tiene como objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas del OSFE 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:** Observación del marco legal, reglamento, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones, y
- IV. **Salvaguarda:** Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

8. Normas Generales, Principios y Elementos de Control Interno:

Primera Norma. 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 Fiscal y la Administración, deberán establecer y mantener un ambiente de control en todo el OSFE, 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 y elementos de control:

- 1. **Principio 1. Mostrar actitud de respaldo y compromiso.** - El Fiscal 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 en el Código de Ética y Código de Conducta establecidos.

Actitud de Respaldo del Fiscal y los Titulares de las Unidades Administrativas.

- 1.01 El Fiscal y la Administración, deben demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.
- 1.02 El Fiscal y la Administración deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución, y establecer la "actitud de respaldo de la Administración".
- 1.03 Las directrices, actitudes y conductas del Fiscal deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la institución.
- 1.04 La actitud de respaldo del Fiscal y la Administración, puede ser un impulsor, como se muestra en los párrafos anteriores, o un obstáculo para el control interno.

Normas de Conducta.

- 1.05 La Administración debe establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.

- 1.06 La Administración, con la supervisión del Fiscal, debe definir las expectativas que guarda el OSFE respecto de los valores éticos en las normas de conducta.

Apego a las Normas de Conducta.

- 1.07 La Administración debe establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de conducta del OSFE y atender oportunamente cualquier desviación identificada.
- 1.08 La Administración debe utilizar el Código de Conducta como base para evaluar el apego a la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en todo el OSFE.
- 1.09 La Administración debe determinar el nivel de tolerancia para las desviaciones. Puede establecer un nivel de tolerancia cero para el incumplimiento de ciertas normas de conducta, mientras que el incumplimiento de otras puede atenderse mediante advertencias a los servidores públicos, siempre atendiendo el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna, consistente y aplicando las leyes y reglamentos correspondientes.

Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.

- 1.10 La Administración debe articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de una línea ética o mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en el OSFE, como parte del componente de administración de riesgos (con todos los elementos incluidos en dicho componente).

Cumplimiento, Supervisión y Actualización Continua del Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.

- 1.11 La Administración debe asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada del programa, política o lineamiento de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, medir si es suficiente y eficaz, y corregir sus deficiencias con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas a que esté sujeta.

2. **Principio 2. Ejercer la responsabilidad de vigilancia.** - El Fiscal, es responsable de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de los Titulares de las Unidades Administrativas o las instancias que establezca para tal efecto.

Estructura de Vigilancia.

- 2.01 El Fiscal, es responsable de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables considerando la estructura y características del OSFE.

Responsabilidades del Fiscal.

- 2.02 El Fiscal, debe vigilar las operaciones del OSFE, ofrecer orientación constructiva a los Titulares de las Unidades Administrativas y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que el OSFE logre sus objetivos en línea con la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

Requisitos del Fiscal.

- 2.03 El Fiscal, debe comprender los objetivos del OSFE, sus riesgos asociados y las expectativas de sus grupos de interés.
- 2.04 El Fiscal, debe demostrar además la pericia requerida para vigilar, deliberar y evaluar el control interno del OSFE.

Vigilancia General del Control Interno.

- 2.05 El Fiscal debe vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del control interno realizado por la Administración. Las responsabilidades del Fiscal respecto del control interno son, entre otras, las siguientes:

- ***Ambiente de Control.*** Establecer y promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, así como la estructura de vigilancia, desarrollar expectativas de competencia profesional y mantener la rendición de cuentas.
- ***Administración de Riesgos.*** Vigilar la evaluación de los riesgos que amenazan el logro de las metas y objetivos institucionales, incluyendo el impacto potencial de los cambios significativos, la corrupción y la elusión (omisión) de controles por parte de cualquier servidor público del OSFE.
- ***Actividades de Control.*** Vigilar a la Administración en el desarrollo y ejecución de las actividades de control.
- ***Información y Comunicación.*** Analizar y discutir la información relativa al logro de las metas y objetivos institucionales.
- ***Supervisión.*** Examinar la naturaleza y alcance de las actividades de supervisión de la Administración, así como las evaluaciones realizadas por ésta y las acciones correctivas implementadas para remediar las deficiencias identificadas.

Corrección de deficiencias.

- 2.06 El Fiscal, debe proporcionar información a los Titulares de las Unidades Administrativas para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

- 2.07 Los Titulares de las Unidades Administrativas, con base al punto anterior, informarán al Fiscal aquellas deficiencias en el control interno identificadas.
 - 2.08 El Fiscal, es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a los Titulares de las Unidades Administrativas sobre los plazos para corregirlas.
3. **Principio 3. Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad.** - El Fiscal debe autorizar, con apoyo de los Titulares de las Unidades Administrativas y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservar la integridad y rendir cuentas de los resultados alcanzados:

Estructura Organizacional.

- 3.01 Para los efectos de este apartado y cumplir con la planeación, ejecución, control y evaluación de la institución en la consecución de sus objetivos, el Fiscal contará con el apoyo de los Titulares de las Unidades Administrativas del OSFE.
- 3.02 La Administración propondrá al Fiscal la actualización de la estructura organizacional con entendimiento de las responsabilidades generales, para que el OSFE alcance sus objetivos de manera eficiente, eficaz y económica; brinde información confiable y de calidad; cumpla con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, y prevenga, disuada y detecte actos contrarios a la integridad.
- 3.03 Como parte del establecimiento de una estructura organizacional actualizada, la Administración debe considerar sus necesidades operativas y evaluar su interacción a fin de cumplir con sus responsabilidades.
- 3.04 El Fiscal debe evaluar periódicamente la estructura organizacional para asegurar que se alinea con los objetivos institucionales y que ha sido adaptada y actualizada a cualquier objetivo emergente, como nuevas leyes o regulaciones.

Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad.

- 3.05 Para alcanzar los objetivos institucionales, el Fiscal asignará responsabilidades y delegará autoridad a los puestos clave del OSFE.
- 3.06 La Administración debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada Unidad, y determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas.
- 3.07 El Fiscal debe determinar qué nivel de autoridad necesitan los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.

Documentación y Formalización del Control Interno.

- 3.08 Las Unidades Administrativas deben desarrollar y actualizar la documentación y formalización de su control interno.

- 3.09 La documentación y formalización efectiva del control interno apoya a la Administración en el diseño, implementación, operación y actualización de éste, al establecer y comunicar al personal el cómo, qué, cuándo, dónde y por qué del control interno.
 - 3.10 La Administración debe documentar y formalizar el control interno para satisfacer las necesidades operativas del OSFE. La documentación de controles, incluidos los cambios realizados a éstos, es evidencia de que las actividades de control son identificadas, comunicadas a los responsables de su funcionamiento y que pueden ser supervisadas y evaluadas.
 - 3.11 La extensión de la documentación necesaria para respaldar el diseño, implementación y eficacia operativa de las cinco Normas Generales de Control Interno depende del juicio de la Administración, del mandato institucional y de las disposiciones jurídicas aplicables.
4. **Principio 4. Demostrar compromiso con la competencia profesional.** Los Titulares de las Unidades Administrativas son responsables de promover los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo:

Expectativas de Competencia Profesional.

- 4.01 La Administración debe establecer expectativas de competencia profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar al OSFE a lograr sus objetivos.
- 4.02 La Administración debe contemplar los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada al establecer expectativas de competencia profesional para los puestos clave y para el resto del personal, a través de políticas al interior del SICII.
- 4.03 El personal debe poseer y mantener un nivel de competencia profesional que le permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia y eficacia del control interno. Los Titulares de las Unidades Administrativas, deben evaluar la competencia profesional de su personal en todo el OSFE.

Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales.

- 4.04 La Administración debe generar las condiciones para atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos del OSFE. Por lo tanto, a través de la Unidad Administrativa que corresponda, deben seleccionar y contratar, capacitar, proveer orientación en el desempeño, motivación y reforzamiento del personal.

Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias.

- 4.05 La Administración debe definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave realizando la propuesta correspondiente al Fiscal, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos.
- 4.06 Las Unidades Administrativas encargadas de seleccionar y capacitar al personal, prepararán a los candidatos que asumirán los puestos clave.

4.07 Los Titulares de las Unidades Administrativas en coordinación con el Fiscal definirán los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación.

5. Principio 5. Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas. - La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en el OSFE y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en el SICII.

Establecimiento de la Estructura para Responsabilizar al Personal por sus Obligaciones de Control Interno.

5.01 La Administración debe establecer y mantener una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones específicas en materia de control interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. El Fiscal debe evaluar y responsabilizar a la Administración por el desempeño de sus funciones en materia de control interno.

5.02 En caso de que la Administración establezca incentivos para el desempeño del personal, debe reconocer que tales estímulos pueden provocar consecuencias no deseadas, por lo que debe evaluarlos a fin de que se encuentren alineados a los Código de Ética y Código de Conducta, la disponibilidad presupuestal, los lineamientos internos administrativos, etc.

5.03 La Administración, bajo la supervisión del Fiscal, debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas y generar conciencia en el personal cuando así lo valoren.

Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal.

5.04 La Administración debe equilibrar las presiones excesivas sobre el personal del OSFE.

5.05 Los Titulares de las Unidades Administrativas, así como aquellos funcionarios de mandos medios son responsables de evaluar las presiones sobre el personal para ayudarlos a cumplir con sus responsabilidades asignadas, en alineación con los Código de Ética y Código de Conducta.

Segunda Norma. Administración de riesgos.

Para la aplicación de esta norma, el Fiscal y los Titulares de las Unidades Administrativas deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

6. Principio 6. Definir Metas y Objetivos institucionales. - El Fiscal, con el apoyo los Titulares de las Unidades Administrativas, deben definir claramente las metas y objetivos, a través del Plan Estratégico que, de manera coherente y ordenada, se

asocie a su mandato legal, asegurando su alineación al Plan Estatal de Desarrollo y programas institucionales, especiales y/o transversales.

Definición de Objetivos.

- 6.01** La Administración debe definir objetivos en términos específicos y medibles para permitir el diseño del control interno y sus riesgos asociados.
- 6.02** La Administración debe definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles del OSFE. Esto involucra la clara definición de qué debe ser alcanzado, quién debe alcanzarlo, cómo será alcanzado y qué límites de tiempo existen para lograrlo. Todos los objetivos pueden ser clasificados de manera general en una o más de las siguientes tres categorías: de operación, de información y de cumplimiento. La definición de los objetivos debe realizarse en alineación con el mandato, la misión y visión institucional, con el Plan Estratégico y con otros planes y programas aplicables, así como con las metas de desempeño.
- 6.03** La Administración debe definir objetivos en términos medibles cuantitativa y/o cualitativamente de manera que se pueda evaluar su desempeño.
- 6.04** La Administración debe considerar los requerimientos externos y las expectativas internas al definir los objetivos que permiten el diseño del control interno.
- 6.05** La Administración debe evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas del OSFE, así como con el Plan Estatal de Desarrollo y demás planes, programas y disposiciones aplicables.
- 6.06** La Administración debe determinar si los instrumentos e indicadores de desempeño para los objetivos establecidos son apropiados para evaluar el desempeño del OSFE.
- 6.07** La Administración debe definir la tolerancia al riesgo para los objetivos definidos. Dicha tolerancia es el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento cabal del objetivo y su grado real de cumplimiento. Las tolerancias al riesgo son inicialmente fijadas como parte del proceso de establecimiento de objetivos. La Administración debe definir las tolerancias para los objetivos establecidos al asegurar que los niveles de variación para las normas e indicadores del desempeño son apropiados para el diseño del Control Interno.
- 6.08** La Administración debe definir las tolerancias al riesgo en términos específicos y medibles, de modo que sean claramente establecidas y puedan ser medidas. La tolerancia es usualmente medida con las mismas normas e indicadores de desempeño que los objetivos definidos. Dependiendo de la categoría de los objetivos, las tolerancias al riesgo pueden ser expresadas como sigue:
 - **Objetivos de Operación.** Nivel de variación en el desempeño en relación con el riesgo.

- **Objetivos de Información no Financieros.** Nivel requerido de precisión y exactitud para las necesidades de los usuarios; implican consideraciones tanto cualitativas como cuantitativas para atender las necesidades de los usuarios de informes no financieros.
- **Objetivos de Información Financieros.** Los juicios sobre la relevancia se hacen en función de las circunstancias que los rodean; implican consideraciones tanto cualitativas como cuantitativas y se ven afectados por las necesidades de los usuarios de los informes financieros, así como por el tamaño o la naturaleza de la información errónea.
- **Objetivos de Cumplimiento.** El concepto de tolerancia al riesgo no le es aplicable. El OSFE cumple o no cumple las disposiciones aplicables.

6.09 La Administración debe evaluar si las tolerancias al riesgo permiten el diseño apropiado de control interno al considerar si son consistentes con los requerimientos y las expectativas de los objetivos definidos.

7. Principio 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 para asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados al personal del OSFE, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas:

Identificación de Riesgos.

7.01 La Administración debe identificar riesgos en todo el OSFE para proporcionar una base para analizarlos, diseñar respuestas y determinar si están asociados con el mandato institucional, el Plan Estratégico, los objetivos que apliquen del Plan Estatal de Desarrollo, y demás planes y programas aplicables de acuerdo con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica, y de conformidad con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

7.02 Para identificar riesgos, la Administración debe considerar los tipos de eventos que impactan al OSFE. Esto incluye tanto el riesgo inherente como el riesgo residual. La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos puede causar deficiencias graves en el control interno.

7.03 La Administración debe considerar todas las interacciones significativas dentro del OSFE y con las partes externas, cambios y otros factores tanto internos como externos, para identificar riesgos en toda el Órgano.

Los factores de riesgo interno pueden incluir la compleja naturaleza de los programas de la institución, su estructura organizacional o el uso de nueva tecnología en los procesos operativos.

Los factores de riesgo externo pueden incluir leyes, regulaciones o normas profesionales nuevas o reformadas, inestabilidad económica o desastres naturales potenciales. La Administración

debe considerar esos factores tanto a nivel institución como a nivel de transacciones a fin de identificar de manera completa los riesgos que afectan el logro de los objetivos.

Análisis de Riesgos.

7.04 La Administración debe analizar los riesgos identificados para estimar su relevancia, lo cual provee la base para responder a éstos. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos.

7.05 La Administración debe estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel institución como a nivel transacción.

La Administración debe estimar la importancia de un riesgo al considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza del riesgo.

7.06 Los riesgos pueden ser analizados sobre bases individuales o agrupadas dentro de categorías de riesgos asociados, los cuales son analizados de manera colectiva. La Administración debe considerar la correlación entre los distintos riesgos o grupos de riesgos al estimar su relevancia.

Respuesta a los Riesgos.

7.07 La Administración debe diseñar respuestas a los riesgos analizados de tal modo que éstos se encuentren debidamente controlados para asegurar razonablemente el cumplimiento de sus objetivos.

7.08 Con base en la respuesta al riesgo seleccionada, la Administración debe diseñar acciones específicas de atención, como un programa de trabajo de administración de riesgos, el cual proveerá mayor garantía de que el OSFE alcanzará sus objetivos. La Administración debe efectuar evaluaciones periódicas de riesgos con el fin de asegurar la efectividad de las acciones de control propuestas para mitigarlos.

- 8. Principio 8. Considerar el Riesgo de Corrupción.-** La Administración con el apoyo del Comité de Ética, 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:

Tipos de Corrupción.

8.01 La Administración debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en el OSFE, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. Entre los tipos de corrupción más comunes se encuentran:

- Informes Financieros Fraudulentos. Consistentes en errores intencionales u omisiones de cantidades o revelaciones en los estados financieros para engañar a los usuarios de los estados financieros.

- Apropiación indebida de activos. Entendida como el robo de activos del OSFE. Esto podría incluir el robo de la propiedad, la malversación de los ingresos o pagos fraudulentos.
- Conflicto de interés. Cuando los intereses personales, familiares o de negocios de un servidor público puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, comisiones o funciones.
- Utilización de los recursos asignados y las facultades atribuidas para fines distintos a los legales.
- Pretensión del servidor público de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que el OSFE le otorga por el desempeño de su función.
- Participación indebida del servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para un tercero.
- Aprovechamiento del cargo o comisión del servidor público para inducir a que otro servidor público o tercero efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para un tercero.
- Coalición con otros servidores públicos o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.
- Intimidación del servidor público o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.
- Tráfico de influencias. Consistente en que el servidor público utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otro servidor público efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte.
- Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. El servidor público que falte a la veracidad en la presentación de las declaraciones de situación patrimonial o de intereses, que tenga como fin ocultar, respectivamente, el incremento en su patrimonio o el uso y disfrute de bienes o servicios que no sea explicable o justificable, o un Conflicto de Interés.
- Peculado. Cuando el servidor público autorice, solicite o realice actos para el uso o apropiación para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga

relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte, de recursos públicos, sean materiales, humanos o financieros, sin fundamento jurídico o en contraposición a las normas aplicables.

- 8.02** Además de la corrupción, la Administración debe considerar que pueden ocurrir otras transgresiones a la integridad, por ejemplo: el desperdicio de recursos de manera exagerada, extravagante o sin propósito; o el abuso de autoridad; o el uso del cargo para la obtención de un beneficio ilícito para sí o para un tercero.

Factores de Riesgo de Corrupción.

- 8.03** La Administración debe considerar los factores de riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto o fraude, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren.
- 8.04** La Administración al utilizar el abuso, desperdicio y otras irregularidades como factores de riesgos de corrupción, debe considerar que cuando uno o más de estos están presentes podría indicar un riesgo de corrupción y que puede ser mayor cuando los tres factores están presentes. También se debe utilizar la información provista por partes internas y externas para identificar los riesgos de corrupción.

Respuesta a los Riesgos de Corrupción.

- 8.05** La Administración debe analizar y responder a los riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades identificadas a fin de que sean efectivamente mitigados. Estos riesgos deben ser analizados por su relevancia, tanto individual como en su conjunto, mediante el mismo proceso de análisis de riesgos efectuado para todos los demás riesgos identificados. Como parte del análisis de riesgos, también se debe evaluar el riesgo de que la Administración eluda los controles.
- 8.06** La Administración debe responder a los riesgos de corrupción, mediante el mismo proceso de respuesta general y acciones específicas para atender todos los riesgos institucionales analizados. Esto posibilita la implementación de controles anticorrupción en el OSFE. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre el personal para mejorar la segregación de funciones.

- 9. Principio 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.

Identificación del Cambio.

- 9.01 En la administración de riesgos o un proceso similar, la Administración debe identificar cambios que puedan impactar significativamente al control interno. La identificación, análisis y respuesta al cambio es parte del proceso regular de administración de riesgos.
- 9.02 La Administración debe prevenir y planear acciones ante cambios significativos en las condiciones internas (modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología) y externas (cambios en los entornos gubernamentales, económicos, tecnológicos, legales, regulatorios y físicos). Los cambios identificados deben informarse al personal pertinente mediante los canales de comunicación establecidos.

Análisis y Respuesta al Cambio.

- 9.03 La Administración debe analizar y responder a los cambios identificados y a los riesgos asociados con éstos, con el propósito de mantener un control interno apropiado.
- 9.04 Las condiciones cambiantes usualmente generan nuevos riesgos o cambios a los riesgos existentes, los cuales deben ser evaluados para identificar, analizar y responder a cualquiera de éstos.

Tercera. 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 y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Para la aplicación de esta norma, el Fiscal y la Administración, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

- 10. **Principio 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 y responder a los riesgos. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos institucionales, incluyendo los riesgos de corrupción.

Respuesta a los Objetivos y Riesgos.

10.01 La Administración debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado.

Diseño de Actividades de Control Apropriadas.

10.02 La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudan al Fiscal y a la Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno. A continuación, se presentan de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la institución:

- Revisiones por la Administración del desempeño actual, a nivel función o actividad.
- Administración del capital humano.
- Controles sobre el procesamiento de la información.
- Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.
- Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño.
- Segregación de funciones.
- Ejecución apropiada de transacciones.
- Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.
- Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos.
- Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno.

10.03 Las actividades de control pueden ser preventivas o detectivas. La primera se dirige a evitar que el OSFE falle en lograr un objetivo o enfrentar un riesgo y la segunda descubre antes de que concluya la operación cuándo no se está alcanzando un objetivo o enfrentando un riesgo, y corrige las acciones para ello.

10.04 La Administración debe evaluar el propósito de las actividades de control, así como el efecto que una deficiencia tiene en el logro de los objetivos institucionales. Si tales actividades cumplen un propósito significativo o el efecto de una deficiencia en el control sería relevante para el logro de los objetivos, la Administración debe diseñar actividades de control tanto preventivas como detectivas para esa transacción, proceso, unidad administrativa o función.

10.05 Las actividades de control deben implementarse ya sea de forma automatizada o manual. Si las operaciones en la Institución descansan en tecnologías de información, la Administración debe diseñar actividades de control para asegurar que dichas tecnologías se mantienen funcionando

correctamente y son apropiadas para el tamaño, características y mandato de la institución.

Diseño de Actividades de Control en varios Niveles.

- 10.06 La Administración debe diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.
- 10.07 La Administración debe diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos y los riesgos en las operaciones, así como a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la Institución cumpla con sus objetivos y conduzca los riesgos relacionados.
- 10.08 Los controles a nivel institución tienen un efecto generalizado en el control interno y pueden relacionarse con más de una de las Normas Generales.
- 10.09 Las actividades de control a nivel transacción son acciones integradas directamente en los procesos operativos para contribuir al logro de los objetivos y enfrentar los riesgos asociados, las cuales pueden incluir verificaciones, conciliaciones, autorizaciones y aprobaciones, controles físicos y supervisión.
- 10.10 Al elegir entre actividades de control a nivel institución o de transacción, la Administración debe evaluar el nivel de precisión necesario para que el OSFE cumpla con sus objetivos y enfrente los riesgos relacionados, considerando el propósito de las actividades de control, su nivel de agregación, la regularidad del control y su correlación directa con los procesos operativos pertinentes.

Segregación de Funciones.

- 10.11 La Administración debe considerar la segregación de funciones en el diseño de las responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean segregadas y, cuando dicha segregación no sea práctica, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.
- 10.12 La segregación de funciones contribuye a prevenir corrupción, desperdicio y abusos en el control interno. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades, incompatibles entre sí, las realiza un solo servidor público, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al riesgo de colusión en el que dos o más servidores públicos se confabulan para eludir los controles.
- 10.13 Si la segregación de funciones no es práctica en un proceso operativo debido a personal limitado u otros factores, la Administración debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar el riesgo de corrupción, desperdicio o abuso en los procesos operativos.

- 11. **Principio 11. Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC's.**- 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.

Desarrollo de los Sistemas de Información.

11.01 La Administración debe desarrollar los sistemas de información de la institución de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.

11.02 La Administración debe desarrollar los sistemas de información para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos. Dichos sistemas contribuyen a alcanzar los objetivos institucionales y a responder a los riesgos asociados. Un sistema de información se integra por el personal, los procesos, los datos y la tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información.

Un sistema de información debe incluir tanto procesos manuales como automatizados. Los procesos automatizados se conocen comúnmente como las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC's).

11.03 La Administración debe desarrollar los sistemas de información y el uso de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la institución. Las TIC's permiten que la información relacionada con los procesos operativos esté disponible de la forma más oportuna y confiable para la institución. Adicionalmente, las TIC's pueden fortalecer el control interno sobre la seguridad y la confidencialidad de la información mediante una adecuada restricción de accesos. Aunque las TIC's conllevan tipos específicos de actividades de control, no representan una consideración de control "independiente", sino que son parte integral de la mayoría de las actividades de control.

11.04 La Administración también debe evaluar los objetivos de procesamiento de información: integridad, exactitud y validez, para satisfacer las necesidades de información definidas.

Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropriadas.

11.05 La Administración debe diseñar actividades de control apropiados en los sistemas información para garantizar la cobertura de los objetivos de procesamiento de la información en los procesos operativos. En los sistemas de información, existen dos tipos principales de actividades de control: generales y de aplicación.

11.06 Los controles generales son las políticas y procedimientos que se aplican a la totalidad o a un segmento de los sistemas de información. Los controles generales deben incluir la administración de la seguridad, acceso lógico y físico, administración de la configuración, segregación de funciones, planes de continuidad y planes de recuperación de desastres, entre otros.

11.07 Los controles de aplicación, a veces llamados controles de procesos de operación, son los controles que se incorporan directamente en las

aplicaciones informáticas para contribuir a asegurar la validez, integridad, exactitud y confidencialidad de las transacciones y los datos durante el proceso de las aplicaciones. Los controles de aplicación deben incluir las entradas, el procesamiento, las salidas, los archivos maestros, las interfaces y los controles para los sistemas de administración de datos, entre otros.

Diseño de la Infraestructura de las TIC's.

11.08 La Administración debe diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's para soportar la integridad, exactitud, seguridad y validez del procesamiento de la información mediante su uso. Las TIC's requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad. La infraestructura de TIC's del OSFE puede ser compleja y puede ser compartida por diferentes unidades dentro de la misma o tercerizada. La Administración debe evaluar los objetivos del OSFE y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's.

11.09 La Administración debe mantener la evaluación de los cambios en el uso de las TIC's y debe actualizar las actividades de control cuando estos cambios se asocian con su infraestructura. La Administración también debe diseñar actividades de control necesarias para mantener la infraestructura de las TIC's. El mantenimiento de la tecnología debe incluir los procedimientos de respaldo y recuperación de la información, así como la continuidad de los planes de operación, en función de los riesgos y las consecuencias de una interrupción total o parcial de los sistemas de energía, entre otros.

Diseño de la Administración de la Seguridad.

11.10 La Administración debe diseñar actividades de control para la gestión de la seguridad sobre los sistemas de información con el fin de garantizar el acceso adecuado, de fuentes internas y externas a éstos. Los objetivos para la gestión de la seguridad deben incluir la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.

11.11 La gestión de la seguridad debe incluir los procesos de información y las actividades de control relacionadas con los permisos de acceso a las TIC's, incluyendo quién tiene la capacidad de ejecutar transacciones. La gestión de la seguridad debe incluir los permisos de acceso a través de varios niveles de datos, el sistema operativo (software del sistema), la red de comunicación, aplicaciones y segmentos físicos, entre otros. La Administración debe diseñar las actividades de control sobre permisos para proteger a la institución del acceso inapropiado y el uso no autorizado del sistema.

11.12 La Administración debe evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's tanto de fuentes internas como externas.

11.13 La Administración debe diseñar actividades de control para limitar el acceso de los usuarios a las TIC's a través de controles como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de usuarios.

Diseño de la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC's.

11.14 La Administración debe diseñar las actividades de control para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's. La Administración puede utilizar un modelo de Ciclo de Vida del Desarrollo de Sistemas (CVDS) en el diseño de las actividades de control. El CVDS proporciona una estructura para un nuevo diseño de las TIC's al esbozar las fases específicas y documentar los requisitos, aprobaciones y puntos de revisión dentro de las actividades de control sobre la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la tecnología.

11.15 La Administración puede adquirir software de TIC's, por lo que debe incorporar metodologías para esta acción y debe diseñar actividades de control sobre su selección, desarrollo continuo y mantenimiento. Las actividades de control sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.

11.16 La contratación de servicios tercerizados para el desarrollo de las TIC's es otra alternativa y la Administración también debe evaluar los riesgos que su utilización representa para la integridad, exactitud y validez de la información presentada a los servicios tercerizados y ofrecida por éstos.

12. Principio 12. Implementar Actividades de Control. - La Administración debe poner en operación políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de Políticas.

12.01 La Administración debe documentar, a través de políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar, las responsabilidades de control interno en el OSFE.

12.02 La Administración debe documentar mediante políticas para cada unidad su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de sus riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la implementación de los controles y de su eficacia operativa.

12.03 El personal de las unidades que ocupa puestos clave puede definir con mayor amplitud las políticas a través de los procedimientos del día a día, dependiendo de la frecuencia del cambio en el entorno operativo y la complejidad del proceso operativo. La Administración debe comunicar al personal las políticas y procedimientos para que éste pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas.

Revisiones Periódicas a las Actividades de Control.

12.04 La Administración debe revisar periódicamente las políticas, procedimientos y actividades de control asociadas para mantener la relevancia y eficacia en el logro de los objetivos o en el enfrentamiento de sus riesgos.

Cuarta. Información y Comunicación.

La información y comunicación son relevantes 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 los servidores públicos 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 norma, el Fiscal y la Administración, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

- 13. Principio 13. Usar Información relevante y de calidad.** - La Administración debe implementar los medios necesarios para que las Unidades Administrativas generen y utilicen información relevante y de calidad, que contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales y den soporte al SICII;

Identificación de los Requerimientos de Información.

- 13.01** La Administración debe diseñar un proceso que considere los objetivos institucionales y los riesgos asociados a éstos, para identificar los requerimientos de información necesarios para alcanzarlos y enfrentarlos, respectivamente. Estos requerimientos deben considerar las expectativas de los usuarios internos y externos.
- 13.02** La Administración debe identificar los requerimientos de información en un proceso continuo que se desarrolla en todo el control interno. Conforme ocurre un cambio en el OSFE, en sus objetivos y riesgos, la Administración debe modificar los requisitos de información según sea necesario para cumplir con los objetivos y hacer frente a los riesgos modificados.

Datos Relevantes de Fuentes Confiables.

- 13.03** La Administración debe obtener datos relevantes de fuentes confiables internas y externas, de manera oportuna, y en función de los requisitos de información identificados y establecidos. Las fuentes internas y externas confiables proporcionan datos que son razonablemente libres de errores y sesgos.

Datos Procesados en Información de Calidad.

13.04 La Administración debe procesar los datos obtenidos y transformarlos en información de calidad que apoye al control interno.

13.05 La Administración debe procesar datos relevantes a partir de fuentes confiables y transformarlos en información de calidad dentro de los sistemas de información del OSFE.

14. Principio 14. Comunicar Internamente. - La Administración es responsable de que las Unidades Administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.

Comunicación en toda la Institución.

14.01 La Administración debe comunicar información de calidad en toda la institución utilizando las líneas de reporte y autoridad establecidas. Tal información debe comunicarse hacia abajo, lateralmente y hacia arriba, mediante líneas de reporte, es decir, en todos los niveles del OSFE.

14.02 La Administración debe recibir información de calidad sobre los procesos operativos de la institución, la cual fluye por las líneas de reporte y autoridad apropiadas para que el personal apoye a la Administración en la consecución de los objetivos institucionales.

14.03 El Fiscal debe recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la Administración y demás personal. La información relacionada con el control interno que es comunicada al Fiscal debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de control interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del control interno.

14.04 Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, el personal utiliza líneas separadas para comunicarse de manera ascendente. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales, pueden requerir a las instituciones establecer líneas de comunicación separadas, como líneas éticas de denuncia, para la comunicación de información confidencial o sensible.

Métodos Apropriados de Comunicación.

14.05 La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse internamente y considerar una serie de factores en la selección de los métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: la audiencia, la naturaleza y disponibilidad de la información, el costo para comunicar la información y los requisitos legales o reglamentarios.

14.06 La Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o en formato electrónico, o reuniones con el personal. Asimismo, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar internamente información de calidad de manera oportuna.

- 15. Principio 15. Comunicar Externamente.** - La Administración es responsable de que las Unidades Administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante.

Comunicación con Partes Externas.

- 15.01** La Administración debe comunicar a las partes externas, y obtener de éstas, información de calidad, utilizando las líneas de reporte establecidas. Las líneas abiertas y bidireccionales de reporte con partes externas permiten esta comunicación. Las partes externas incluyen, entre otros, a los proveedores, servicios tercerizados, auditores externos, instituciones gubernamentales y el público en general.
- 15.02** La Administración debe comunicar información de calidad externamente a través de las líneas de reporte. De ese modo, las partes externas pueden contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y a enfrentar sus riesgos asociados. La Administración debe incluir en esta información la comunicación relativa a los eventos y actividades que impactan el control interno.
- 15.03** La Administración debe recibir información externa a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Administración debe incluir los asuntos significativos relativos a los riesgos, cambios o problemas que afectan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para el funcionamiento eficaz y apropiado del control interno.
- 15.04** El Fiscal debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada al Fiscal debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas que impactan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del control interno.
- 15.05** Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas para comunicarse con la institución. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales pueden requerir a las instituciones establecer líneas separadas de comunicación, como líneas éticas de denuncia, para comunicar información confidencial o sensible. La Administración debe informar a las partes externas sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información.

Métodos Apropriados de Comunicación.

- 15.06** La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse externamente. Asimismo, debe considerar una serie de factores en la selección de métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo, y los requisitos legales o reglamentarios.

- 15.07 Con base en la consideración de los factores, la Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o formato electrónico, o reuniones con el personal. De igual manera, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.
- 15.08 El OSFE debe informar sobre su desempeño a las instancias y autoridades que correspondan, de acuerdo con las disposiciones aplicables. Adicionalmente, debe rendir cuentas a la ciudadanía sobre su actuación y desempeño.

Quinta. Supervisión y Mejora Continua.

Son las actividades establecidas y operadas por los responsables designados por el Fiscal, 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 revisiones realizadas por la DCI, autoevaluaciones INTOSAINT y por 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 SICII 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, se resuelva con oportunidad y diligencia.

Para la aplicación de esta norma, el Fiscal y la Administración deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

- 16. Principio 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.

Establecimiento de Bases de Referencia.

- 16.01** La Administración debe establecer bases de referencia para supervisar el control interno, comparando su estado actual contra el diseño efectuado por la Administración. Dichas bases representarán la diferencia entre los criterios de diseño del control interno y su estado en un punto específico en el tiempo, por lo que deberán revelar las debilidades y deficiencias detectadas en el control interno del OSFE.
- 16.02** Una vez establecidas las bases de referencia, la Administración debe utilizarlas como criterio en la evaluación del control interno, y cuando existan diferencias entre las bases y las condiciones reales se deben realizar los cambios necesarios para reducirlas, ajustando el diseño del control interno y enfrentar mejor los objetivos y los riesgos institucionales o mejorar la eficacia operativa del control interno. Como parte de la supervisión, la Administración debe determinar cuándo revisar las bases de referencia, mismas que servirán para las evaluaciones de control interno subsiguientes.

Supervisión del Control Interno.

- 16.03** La Administración debe supervisar el control interno a través de autoevaluaciones y evaluaciones independientes. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones de la institución, se realizan continuamente y responden a los cambios. Las evaluaciones independientes se utilizan periódicamente y pueden proporcionar información respecto de la eficacia e idoneidad de las autoevaluaciones.
- 16.04** La Administración debe realizar autoevaluaciones al diseño y eficacia operativa del control interno como parte del curso normal de las operaciones, en donde se deben incluir actividades de supervisión permanente por parte de la Administración, comparaciones, conciliaciones y otras acciones de rutina, así como herramientas automatizadas, las cuales permiten incrementar la objetividad y la eficiencia de los resultados mediante la recolección electrónica de las autoevaluaciones a los controles y transacciones.
- 16.05** La Administración puede incorporar evaluaciones independientes para supervisar el diseño y la eficacia operativa del control interno en un momento determinado, o de una función o proceso específico. El alcance y la frecuencia de las evaluaciones independientes dependen, principalmente, de la administración de riesgos, la eficacia del monitoreo permanente y la frecuencia de cambios dentro del OSFE y en su entorno.
- 16.06** Las evaluaciones independientes también incluyen auditorías y otras evaluaciones que pueden implicar la revisión del diseño de los controles y la prueba directa a la implementación del control interno.
- 16.07** La Administración conserva la responsabilidad de supervisar si el control interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los servicios tercerizados. También debe utilizar autoevaluaciones, las evaluaciones independientes o una combinación de ambas para obtener una seguridad

razonable sobre la eficacia operativa de los controles internos sobre los procesos asignados a los servicios tercerizados.

Evaluación de Resultados.

- 16.08** La Administración debe evaluar y documentar los resultados de las autoevaluaciones para identificar problemas en el control interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar si el control interno es eficaz y apropiado.
- 16.09** La Administración debe identificar los cambios que han ocurrido en el control interno, derivados de modificaciones en la institución y su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Administración a identificar problemas en el control interno como son las quejas o denuncias de la ciudadanía y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos.
- 17. Principio 17. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias.-** Todos los servidores públicos del OSFE deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como al Fiscal y a la Administración, 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 los responsables. Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la institución.

Informe sobre Problemas.

- 17.01** Todo el personal debe reportar a las partes internas y externas adecuadas los problemas de control interno que haya detectado, mediante las líneas de reporte establecidas, para que la Administración, y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones.
- 17.02** El personal puede identificar problemas de control interno en el desempeño de sus responsabilidades. Asimismo, debe comunicar estas cuestiones internamente al personal en la función clave responsable del control interno o proceso asociado y, cuando sea necesario, a otro de un nivel superior a dicho responsable. Dependiendo de la naturaleza de los temas, el personal puede considerar informar determinadas cuestiones al Fiscal.
- 17.03** En función de los requisitos legales o de cumplimiento, el OSFE también puede requerir informar de los problemas a los terceros pertinentes, tales como legisladores, reguladores, organismos normativos y demás encargados de la emisión de criterios y disposiciones normativas a las que la institución está sujeta.

Evaluación de Problemas.

- 17.04** La Administración debe evaluar y documentar los problemas de control interno y debe determinar las acciones correctivas apropiadas para hacer

frente oportunamente a los problemas y deficiencias detectadas. Adicionalmente, puede asignar responsabilidades y delegar autoridad para la apropiada remediación de las deficiencias de control interno.

Acciones Correctivas.

- 17.05** La Administración debe poner en práctica y documentar en forma oportuna las acciones para corregir las deficiencias de control interno. Dependiendo de la naturaleza de la deficiencia, el Fiscal o la Administración, deben revisar la pronta corrección de las deficiencias, comunicar las medidas correctivas al nivel apropiado de la estructura organizativa, y delegar al personal apropiado la autoridad y responsabilidad para realizar las acciones correctivas.

CAPÍTULO II

Responsabilidades y funciones en el Sistema Integral de Control Interno Institucional

9. Responsabilidades y funciones.

El control interno es responsabilidad del Fiscal, quien lo implementa con apoyo de la Administración y del resto de los servidores públicos, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

I. Genéricas:

Todos los servidores públicos del OSFE, son responsables de:

- a) Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables, y
- b) Evaluar el SICII verificando el cumplimiento de las Normas Generales, sus Principios y Elementos de control, así como proponer las acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua.

II. Del Fiscal y la Administración del OSFE:

- a) Determinarán las metas y objetivos del OSFE 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 lo considerado en el Plan Estratégico, la contribución para el cumplimiento del Plan Estatal de Desarrollo, los programas especiales y demás planes y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;
- b) Establecerán y mantendrán un SICII apropiado, operando y actualizado conforme a las Normas Generales de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
- c) El Fiscal supervisará que la evaluación del SICII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;

- d) Verificarán que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;
- e) El Fiscal aprobará el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
- f) El Fiscal aprobará la metodología para la administración de riesgos.
- g) El Fiscal instruirá y supervisará que las Unidades Administrativas, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos y acordará con el Coordinador de Control Interno la metodología de administración de riesgos; y
- h) El Fiscal instruirá a las Unidades Administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. Del Coordinador de Control Interno:

En el Fortalecimiento del Sistema Integral de Control Interno Institucional:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción del OSFE, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SICII;
- b) Acordar con el Fiscal las acciones para la implementación y operación del SICII;
- c) Coordinar la aplicación de la evaluación del SICII en los procesos prioritarios del OSFE;
- d) Revisar con los enlaces del SICII y presentar para aprobación del Fiscal el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

En la Administración de Riesgos:

- e) Acordar con el Fiscal la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas del OSFE por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;
- f) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda en todas sus Unidades Administrativas y se constituya como un proceso y herramienta. En caso de que la metodología instituida contenga etapas o actividades adicionales a las establecidas en las Disposiciones, se deberá informar a la DCI.
- g) Convocar a los Titulares de las Unidades Administrativas, al titular de la DCI y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá la Matriz, el Mapa y el PTAR, para la autorización del Fiscal, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;

- h) Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes Disposiciones y ser el canal de comunicación e interacción con el Fiscal y el Enlace de Administración de Riesgos;
- i) Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos;
- j) Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
- k) Presentar anualmente en coordinación con el Enlace de administración de Riesgos, para firma del Fiscal la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
- l) Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas;
- m) Comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR determinados.
- n) Presentar los documentos descritos en el inciso k) de esta fracción III, ante el Comité, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

- o) Determinar, conjuntamente con el Presidente y el Vocal Ejecutivo, los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y reflejarlos en el Orden del Día; así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
- p) Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y competente, e instruir al Enlace del Comité sobre la conformación de la carpeta de trabajo, en los 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión; y.
- q) Solicitar al Enlace del Comité que incorpore la información que compete a las Unidades Administrativas de la Institución, para la conformación de la carpeta de trabajo, a más tardar 7 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

IV. Del Enlace del Sistema Integral de Control Interno Institucional:

- a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las Unidades Administrativas del OSFE;
- b) Definir las Unidades Administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SICII;
- c) Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las Unidades Administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;
- d) Revisar con los responsables de las Unidades Administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las Normas Generales, sus Principios y Elementos de Control Interno;

- e) Elaborar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- f) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
- g) Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avances Trimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno;
- h) Respalidar el Informe Anual, el PTCI y el Reporte de Avances Trimestral, 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 el OSFE, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;
- c) 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 de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
- d) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
- e) Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avance Trimestral;
- f) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos; y
- g) Registrar la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

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 de trabajo con 10 días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité;
- c) Remitir al Coordinador de Control Interno la información institucional consolidada para su revisión y validación;

- d) Integrar y capturar la carpeta para su consulta por los convocados, con anticipación a la celebración de la sesión.
- e) Registrar el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

VII. De la DCI:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a) Asesorar y apoyar al OSFE de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SICII;
- b) Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCL, se cumplan en tiempo y forma;

En la Administración de Riesgos:

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

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

- h) Incorporar en la carpeta del Comité la información de su competencia, establecida en el numeral 46 de las presentes disposiciones.

CAPÍTULO III

Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno

Sección I.

Evaluación del Sistema Integral de Control Interno Institucional.

10. De la Evaluación del SICII.

El SICII deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por los servidores públicos responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las cinco Normas Generales de Control Interno, sus 17 Principios y elementos de control interno.

Para evaluar el SICII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control de por lo menos tres procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) y como máximo los que determine el OSFE conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SICII.

El OSFE determinará los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) para la evaluación del SICII, cuando éstos se encuentren debidamente mapeados y formalmente incorporados a su inventario de procesos. En ese sentido, los procesos seleccionados podrán ser aquellos que formen parte de un mismo macroproceso, estar concatenados entre sí, o que se ejecuten de manera transversal entre varias áreas.

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

- a) Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Estratégico, Plan Estatal de Desarrollo y demás programas.
- b) Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos del OSFE.
- c) Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al ciudadano o a los servidores públicos.
- d) Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.
- e) Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.

Los Titulares de las Unidades Administrativas deberán elaborar y remitir mediante oficio, en el mes de noviembre de cada año, a la DCI, una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SICII, para ello podrá utilizar el siguiente formato:

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

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

Primera. Ambiente de control.

1. Los servidores públicos del OSFE, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales;
2. Los objetivos institucionales establecidos en el Plan Estratégico 2018-2024 están comunicados y asignados a los Titulares de las Unidades Administrativas y son conocidos por los servidores públicos responsables de cada uno de los procesos;
3. Existe en el OSFE un Comité de Integridad formalmente establecido que difunde y evalúa el cumplimiento de los Códigos de Ética y de Conducta y las reglas de integridad para el ejercicio de la función pública y sus lineamientos generales;
4. En el OSFE se aplican encuestas de clima organizacional, en base a una muestra, identificando las áreas de oportunidad y determinando las acciones de mejora, dándole seguimiento y evaluando sus resultados;
5. En la estructura organizacional del OSFE, se define la autoridad y responsabilidad de los servidores públicos, se segregan y delegan las funciones, se delimitan las facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos;
6. En el OSFE, se cuentan con los perfiles y descripciones de puestos conforme a las funciones y alineados a sus procesos;
7. Los Manuales de Organización y de Procedimientos que regulan los procesos del OSFE, están alineados a los objetivos y metas institucionales, se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable;
8. Existe un mecanismo documentado para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos) del OSFE, en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

Segunda. Administración de Riesgos.

9. El OSFE cuenta con una metodología para la identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento de riesgos determinados en los procesos que se ejecutan, la cual incluye: factores de riesgos, estrategias para administrarlos y acciones de control. (Administración de riesgos)
10. Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas son ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad;
11. Existe en el OSFE un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la Administración de Riesgos;
12. En los procesos del OSFE, 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 institucionales.

Tercera. Actividades de Control.

13. En el OSFE, se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayuden a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles, manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC's;
14. Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas establecidas conforme al presupuesto asignado para el ejercicio fiscal;
15. Los procesos institucionales, cuentan con instrumentos y mecanismos que midan los avances, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas del OSFE;
16. Para llevar a cabo los procesos institucionales, el OSFE tiene establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en su ejecución;
17. Se identifica en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, a efecto de evitar su recurrencia;
18. En los procesos de la institución se evalúan y actualizan las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;
19. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;
20. Existen en el OSFE procesos relacionados con actividades de control, funcionando y desarrollados mediante el uso de TIC's;
21. En el OSFE se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC's en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren;
22. En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's.

Cuarta. Informar y Comunicar.

23. Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;
24. Existe un mecanismo o instrumento para verificar que los informes de avances del Plan Estratégico y los objetivos institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios establecidos;
25. Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable, información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso;
26. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Comité Institucional, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;
27. El OSFE cuenta con un mecanismo específico para la recepción, registro, análisis, atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias.
28. Se cuenta con un sistema fluido de Información que permite a los Titulares de las Unidades Administrativas y al Fiscal realizar seguimientos, y retroalimenta la toma de decisiones.

Quinta. Supervisión y Mejora Continua.

29. Los Titulares de las Unidades Administrativas realizan acciones preventivas a través de la retroalimentación, y correctivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de Control Interno.
30. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte del Fiscal y la Administración a través de la Dirección de Contraloría Interna, para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

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

11. Evaluación de Elementos de control adicionales.

Con el propósito de fortalecer el SICII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, el Coordinador de Control Interno podrá incorporar en la evaluación del SICII e implementación de los 17 Principios, elementos de control adicionales a los descritos en el numeral anterior, los cuales deberán basarse en los específicos detallados en el numeral 8 de las presentes Disposiciones.

La Dirección de Contraloría Interna podrá recomendar la incorporación de elementos de control adicionales en virtud de las deficiencias que llegará a identificar en el SICII, será el Coordinador de Control Interno, quien valorará la viabilidad y pertinencia de la inclusión de dichos elementos de control adicionales.

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

Sección II.

Informe Anual del estado que guarda el Sistema Integral de Control Interno Institucional.

12. De su presentación.

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

- I. Al Fiscal, con copia a la DCI a más tardar el 31 de enero de cada año; y
- II. Al Comité en la 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 SICII:
 - 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 SICII;
- 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 SICII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo.

14. De la solicitud del Informe Anual en fecha distinta.

El Fiscal podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al 31 de enero de cada año, por caso fortuito o en base a las necesidades del OSFE.

Sección III.**Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno.****15. Integración del PTCl y Acciones de Mejora.**

El PTCl deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SICII, 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 PTCl deberá presentar la firma de autorización del Fiscal, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace del SICII.

Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 de octubre de cada año, en caso contrario, se documentarán y presentarán en el Comité las justificaciones correspondientes, a fin de que se determine, mediante acuerdo, la reprogramación o replanteamiento de las mismas para su conclusión y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCl.

La evidencia suficiente que acredite la implementación de las acciones de mejora y/o avances reportados sobre el cumplimiento del PTCl, deberá ser resguardada por los servidores públicos responsables de su implementación.

16. Actualización del PTCl.

El PTCl podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por el Titular de la DCI, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCl original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por el OSFE.

El PTCl 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 PTCl.

- I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCl deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente al Fiscal el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:
 - a) Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;

- b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité.
 - 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 SICII; y
 - d) Firma del Coordinador de Control Interno y del Enlace del Sistema de Control Interno Institucional.
- II. El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:
- a) Al Titular de la DCI, dentro de los 30 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe u opinión; y
 - b) Al Comité, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

18. Informe de Evaluación de la DCI al reporte de Avances Trimestral del PTCl.

El Titular de la DCI realizará la evaluación del Reporte de Avances Trimestral del PTCl y elaborará el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará:

- I. Al Fiscal y al 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, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada trimestre. La primera Evaluación al Reporte de Avances Trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

Sección IV.

Evaluación de la DCI al Informe Anual y PTCl.

19. Informe de Resultados.

El Titular de la DCI evaluará el Informe Anual y el PTCl, para la presentación del Informe de Resultados:

- I. Al Fiscal, a más tardar el último día hábil del mes de marzo, y
- II. Al Comité, en su primera sesión ordinaria.

20. De su contenido y criterios para su elaboración.

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

- I. La evaluación aplicada por la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;
- II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado;

- III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al 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 SICII y
- IV. Conclusiones y recomendaciones.

Los servidores públicos responsables de las Unidades Administrativas y/o procesos del OSFE deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule la DCI, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes disposiciones y demás normatividad vigente.

TÍTULO TERCERO.

METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

CAPÍTULO I

Proceso de Administración de Riesgos

21. Inicio del proceso.

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen las Unidades Administrativas, el Titular de la DCI, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas de compromiso para la entrega de productos.

22. Formalización y Etapas de la Metodología.

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente numeral deberá tomarse como base para la metodología específica que aplique el OSFE, deberá estar debidamente autorizada por el Fiscal y documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos.

I. Comunicación y Consulta.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

Lo anterior debe tener como propósito:

1. Establecer un contexto apropiado;
2. Asegurar que los objetivos, metas y procesos del OSFE sean comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;

3. Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y
4. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las Unidades Administrativas del OSFE para el adecuado análisis de los riesgos.

II. Contexto.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

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

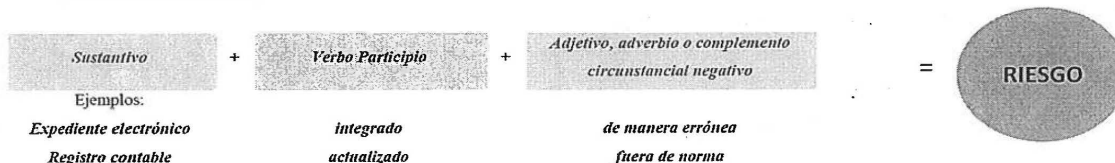
III. Evaluación de Riesgos.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

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



- b) **Nivel de decisión del riesgo.** Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo a lo siguiente:
- **Estratégico:** Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales.
 - **Directivo:** Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos del OSFE,
 - **Operativo:** Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución.
- c) **Clasificación de los riesgos.** Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo a la actividad sustantiva clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo: sustantivo; administrativo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de recursos humanos; de imagen; de TIC's; de corrupción y otros.
- d) **Identificación de factores de riesgo.** Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:
- **Humano:** Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.
 - **Financiero Presupuestal:** Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.
 - **Técnico-Administrativo:** Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.
 - **TIC's:** Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados;
 - **Material:** Se refieren a la infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.
 - **Normativo:** Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos.
 - **Entorno:** Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.
- e) **Tipo de factor de riesgo:** Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:
- **Interno:** Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización;
 - **Externo:** Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia del OSFE.

- f) **Identificación de los posibles efectos de los riesgos.** Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, en caso de materializarse el riesgo identificado;
- g) **Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial).** La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la siguiente escala de valor:

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

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

Escala de Valor	Probabilidad de Ocurrencia	Descripción
10	Recurrente	<u>Probabilidad de ocurrencia muy alta.</u>
9		Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%.
8	Muy probable	<u>Probabilidad de ocurrencia alta.</u>
7		Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo

Escala de Valor	Probabilidad de Ocurrencia	Descripción
6	Probable	<u>Probabilidad de ocurrencia media.</u>
5		Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
4	Inusual	<u>Probabilidad de ocurrencia baja.</u>
3		Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
2	Remota	<u>Probabilidad de ocurrencia muy baja.</u>
1		Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.

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

IV. Evaluación de Controles.

Se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
- b) Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
- c) Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo.
- d) Identificar en los controles lo siguiente:
 1. **Deficiencia:** Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:
 - Está documentado: Que se encuentra descrito.
 - Está formalizado: Se encuentra autorizado por servidor público facultado.
 - Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control, y
 - Es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.
 2. **Suficiencia:** Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.
- e) Determinar si el riesgo está controlado suficientemente, cuando todos sus factores cuentan con controles suficientes.

V. Evaluación de Riesgos Respecto a Controles.

Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo. En esta etapa se realizará la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a la que está expuesta el OSFE 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 deficiente, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial, y
- d) La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de controles.

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

VI. Mapa de Riesgos.

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

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

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

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

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

VII. Definición de Estrategias y Acciones de Control para Responder a los Riesgos.

Se realizará considerando lo siguiente:

- a) Las estrategias constituirán las opciones y/o políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:
 - 1. **Evitar el riesgo.** - Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que si una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.
 - 2. **Reducir el riesgo.** - Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.

3. **Asumir el riesgo.** - Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el *Cuadrante III, Riesgos Controlados* de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.
 4. **Transferir el riesgo.** - *Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:*
 - **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.
 - **Aseguramiento:** Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible.
 - **Diversificación:** Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia, la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.
 5. **Compartir el riesgo.** - Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes Unidades Administrativas del OSFE, 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 Unidades Administrativas, 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 del OSFE.

23. De los Riesgos de Corrupción.

En la identificación de riesgos de corrupción se podrá aplicar la metodología general de administración de riesgos del presente Título, tomando en consideración para las etapas que se enlistan los siguientes aspectos:

Comunicación y Consulta.

Para la identificación de los riesgos de corrupción, el OSFE deberá considerar los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, así como los trámites y servicios internos y externos.

Contexto.

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

Evaluación de Riesgos respecto a Controles.

Tratándose de los riesgos de corrupción no se tendrán en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidas en el inciso g) de la etapa de Evaluación de Riesgos, debido a que serán de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia del OSFE, 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 "Guía de Autoevaluación a la Integridad en el Sector Público" e "Integridad y Prevención de la Corrupción en el Sector Público. Guía Básica de Implementación", las cuales fueron emitidas por la Auditoría Superior de la Federación.

24. Tolerancia al riesgo.

La Administración deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por el OSFE. 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 Fiscal y Coordinador de Control Interno, en caso 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 Unidades Administrativas que integran el OSFE.

25. Servicios tercerizados.

La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para el OSFE, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, entre otros; por lo que en cada Unidad Administrativa que involucre dichos servicios, solicitará al responsable del servicio, la

identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar la implementación y operación de los controles, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno del OSFE.

CAPÍTULO II

Seguimiento de la Administración de Riesgos

26. Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, a más tardar el último día hábil de diciembre de cada año debidamente firmado por el Fiscal, el Coordinador de Control Interno y el enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

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

27. Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

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

- a) Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y el porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;
- b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité;
- 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 SICII y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
- d) Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.

El Coordinador de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR:

- a) Al Titular de la DCI, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y
- b) Al Comité, en las sesiones ordinarias como sigue:
 1. Reporte de Avances del primer trimestre en la segunda sesión;
 2. Reporte de Avances del segundo trimestre en la tercera sesión;
 3. Reporte de Avances del tercer trimestre en la cuarta sesión, y
 4. Reporte de Avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

28. Evidencia Documental del PTAR.

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

29. Informe de Evaluación de la DCI al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

El Titular de la Dirección de Contraloría Interna presentará en las sesiones ordinarias del Comité, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, como sigue:

- I. Al Fiscal, dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTAR, y
- II. Al Comité, en las sesiones posteriores al cierre de cada trimestre.

30. Del Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

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

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

El Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y el Fiscal lo informará al Comité, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

TÍTULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL
CAPÍTULO I

De los Objetivos del Comité

31. De los Objetivos del Comité.

El Fiscal instalará y encabezará el Comité de Control y Desempeño Institucional, el cual tendrá los siguientes objetivos:

- I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;
- II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;
- III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;
- IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;
- V. Impulsar el establecimiento y actualización del SICII, 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 la DCI, atendiendo la causa raíz de las mismas;
- VII. Revisar el cumplimiento de programas del OSFE;
- VIII. Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten.

CAPÍTULO II

De la Integración del Comité

32. De la Integración del Comité.

En el OSFE se constituirá un Comité, que será encabezado por el Fiscal y el Titular de la DCI, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

- I. **El Presidente:** El Fiscal
- II. **El Vocal Ejecutivo:** Titular de la DCI.

III. Vocales:

El Titular de la Dirección de Administración y Finanzas.

El Titular de la Dirección de Planeación, Desarrollo Institucional y Gestión Documental.

El Titular de la Dirección de Substanciación y Asuntos Jurídicos.

El Titular de la Dirección de Tecnologías de la Información

El Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).

33. De los invitados.

Se podrán incorporar al Comité como invitados:

- a) Los responsables de las Unidades Administrativas competentes de los asuntos a tratar en la sesión;
- b) Los servidores públicos internos o externos al OSFE que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución;
- c) Personas externas y expertas en asuntos relativos al OSFE, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del Presidente, y;
- d) Los Enlaces del Sistema de Control Interno, de Administración de Riesgos y del Comité.

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

34. De los suplentes.

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

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

CAPÍTULO III**Atribuciones del Comité y Funciones de los Miembros****35. De las atribuciones del Comité.**

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Aprobar el Orden del Día;
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SICII, particularmente con respecto a:
 - a) El Informe Anual;

- b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCl, así como su reprogramación o replanteamiento;
 - c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados del Titular de la DCI derivado de la evaluación del Informe Anual, y
 - d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones.
- III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:
- a) La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;
 - b) El Reporte de Avances Trimestral del PTAR;
 - c) El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y
 - d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las verificaciones o revisiones practicadas por la DCI.
- 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 institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados, y
 - c) La revisión del cumplimiento de los programas y temas transversales del OSFE mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.
- V. Aprobar acuerdos para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, áreas de oportunidad detectadas por la DCI y de las sugerencias formuladas por el Comité de Integridad por conductas contrarias al Código de Ética y al Código de Conducta;
- VI. Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño del OSFE, así como de la MIR de los programas presupuestarios responsabilidad del OSFE, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan;
- VII. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;
- VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
- IX. Ratificar las actas de las sesiones, y
- X. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

36. De las funciones del Presidente del Comité.

El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las

propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las Unidades Administrativas competentes del OSFE;

- II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;
- III. Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;
- IV. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados externos;
- V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión;
- VI. Fomentar la actualización de conocimientos y capacidades de los miembros propietarios en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

37. De las funciones de los miembros propietarios.

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

- 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;
- V. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
- VI. Analizar la carpeta de trabajo de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos;
- VII. Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional, a través de la Cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su oportuna atención.

38. De las funciones del Vocal Ejecutivo.

El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de los miembros e invitados y verificar el quórum legal;
- II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;
- III. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de Orden del Día;
- IV. Revisar y validar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y/o Enlace del Comité que la información institucional fue integrada en la carpeta de trabajo por el Enlace del Comité para su consulta por los convocados, con diez días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión;
- V. Presentar por sí, o en coordinación con la DCI, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos;

- VI. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables;
- VII. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo;
- VIII. Verificar la integración de la carpeta de trabajo por parte del Enlace del Comité, respecto de la información que compete a las Unidades Administrativas del OSFE.

CAPÍTULO IV

Políticas de Operación

Sección I.

De las sesiones.

39. Del tipo de sesiones y periodicidad.

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

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del trimestre posterior al que se reporta, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de cada trimestre del ejercicio, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones.

40. De las convocatorias.

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

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

41. Del calendario de sesiones.

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

42. Del 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.

43. Del quórum legal.

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

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

Sección II.

De la Orden del Día

44. 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 del OSFE, en particular sobre los aspectos relevantes vinculados con el desempeño institucional y lo relativo al cumplimiento de las principales acciones de mejora y de control comprometidas en los Programas de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos.

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, el Comité podrá fijar una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse el Vocal Ejecutivo y Titular de la Dirección de Contraloría Interna 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 miembros o invitados del Comité, considerando, en su caso, la información que proporcionen las Unidades Administrativas del OSFE, 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 del OSFE, 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 PTCl o en el PTAR.

VI. Presentación del Reporte Anual del Análisis del Desempeño del OSFE.

VII. Desempeño Institucional.

- a) **Programas Presupuestarios.** -Se deberán valorar el avance presupuestal el cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.
- b) **Pasivos contingentes.** - Es necesario que, en su caso, se informe al Comité sobre el impacto de los pasivos laborales y los correspondientes a juicios jurídico-contenciosos en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales. Considerando que su materialización pudiera representar un riesgo financiero.
- c) **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 el OSFE.

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 Informe Anual de actividades del Comité de Integridad.

IX. Seguimiento al establecimiento y actualización del SICII:

- a) Informe Anual, PTCl e Informe de Resultados del Titular de la DCI derivado de la evaluación al Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
- b) Reporte de Avances Trimestral del PTCl. - 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 SICII; 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 verificación de la DCI al Reporte de Avances Trimestral del PTCl.

XI. 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 SICII y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y porcentaje de avance en las que se encuentran en proceso y las no iniciadas.
- c) Aspectos relevantes del Informe de evaluación de la DCI al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

XII. 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, puede significar que en el OSFE existen debilidades o insuficiencias de control interno o actos contrarios a la integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión interna, por lo que sólo deberá presentarse:

- a) Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación del OSFE, y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a servidores públicos de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas.
- b) La descripción de las observaciones determinadas por la DCI, 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.

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 miembros, invitados o la DCI, podrán solicitar se incorporen a la Orden del Día asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

Sección III.

De los Acuerdos.

45. Requisitos de los acuerdos.

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

- I. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia del OSFE. Cuando la solución de la problemática de un acuerdo dependa de terceros ajenos al OSFE, las acciones se orientarán 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, y
- IV. Determinar el impacto negativo de no cumplir el acuerdo en tiempo y forma, respecto de aspectos y programas sustantivos del OSFE.

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

46. 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.

47. Reprogramación de atención de acuerdos.

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

Sección IV.

De las Actas.

48. Requisitos del acta.

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

- I. Nombres y cargos de los asistentes;
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- III. Acuerdos aprobados, y
- IV. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión. Los invitados del OSFE que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

49. Elaboración del acta y de su revisión.

El Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a los invitados correspondientes, los acuerdos tomados 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión para el resguardo de la misma.

ARTÍCULO TERCERO.- Se establece el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, al tenor de lo siguiente:

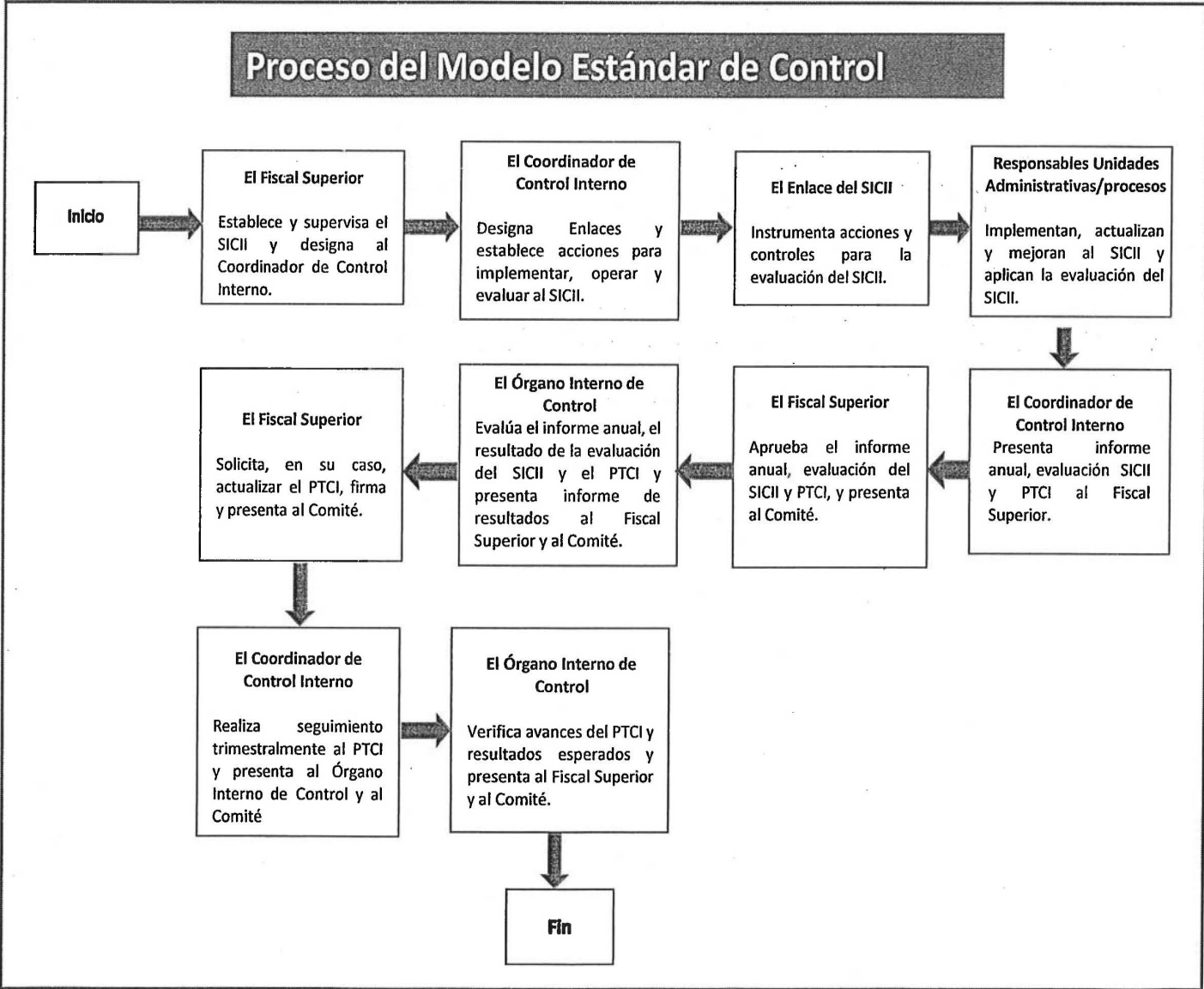
MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO

Procesos:

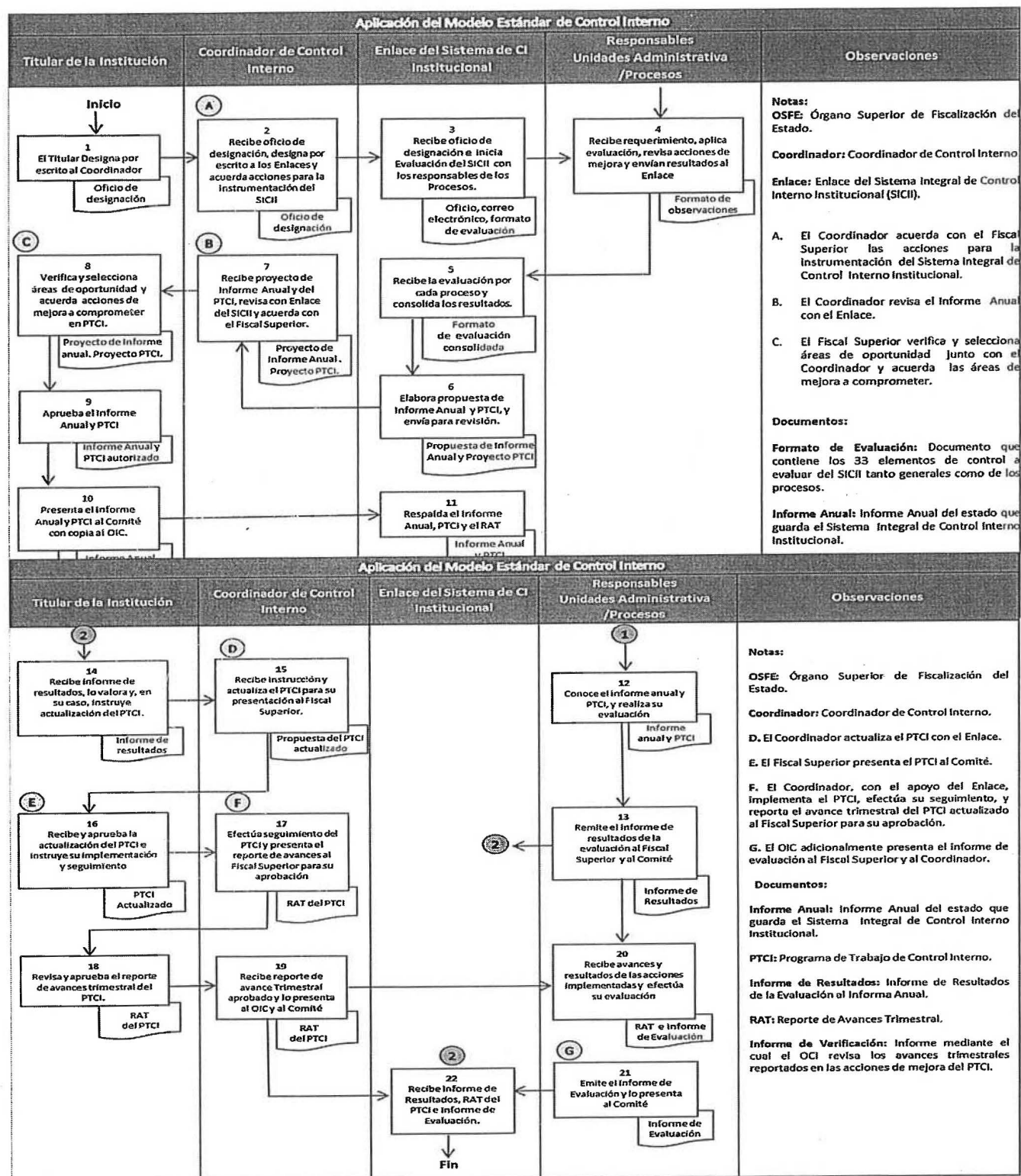
I. Aplicación del Modelo Estándar de Control Interno.

Objetivo. Implantar un Sistema Integral de Control Interno Institucional eficaz y eficiente en todos los ámbitos y niveles del OSFE.

Descripción del proceso:



Descripción de los pasos del proceso y/o procedimiento:



Actividades secuenciales por responsable:

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno
1.	El Fiscal	Designa por escrito al Coordinador de Control Interno.	Oficio de designación	Numeral 4
2.	Coordinador de Control Interno	Recibe oficio de designación. Designa por escrito a los Enlaces de los procesos. Acuerda con el Fiscal las acciones para la implementación y operación del SICII, y solicita al Enlace del SICII la aplicación de la Evaluación del Sistema Integral de Control Interno Institucional.	Oficio de designación / Reunión de Trabajo / Correo electrónico institucional	Numerales 4 y 9, fracción III, incisos b) y c)
3.	Enlace del SICII	Solicita a las Unidades Administrativas definan sus procesos prioritarios por evaluar. (Con esta actividad da inicio el proceso de evaluación).	Oficio de designación / Correo electrónico institucional / Evaluación del SICII	Numeral 4 y 9, fracción IV, inciso c)
4.	Responsables de las Unidades Administrativas / Procesos	Reciben requerimiento para realizar la evaluación del SICII por procesos prioritarios, aplican evaluación, revisan propuestas de acciones de mejora y envían resultados al Enlace del SICII.	Evaluación por procesos prioritarios	Numeral 9, fracción IV, incisos c) y d)
5.	Enlace del SICII	Recibe evaluaciones y consolida por procesos prioritarios la información de dichas evaluaciones.	Evaluación consolidada de los procesos prioritarios	Numeral 9, fracción IV, incisos c) y d)
6.	Enlace del SICII	Elabora proyecto del Informe Anual y PTCI y envía al Coordinador de Control Interno para revisión.	Proyecto de Informe Anual y PTCI	Numeral 9, fracción IV, inciso e)
7.	Coordinador de Control Interno y Enlace del SICII	Recibe proyecto de Informe Anual, PTCI y el Reporte de Avances Trimestrales del PTCI, revisa con el Enlace del SICII y acuerda con el Fiscal.	Propuesta de Informe Anual y PTCI	Numeral 9, fracciones III, inciso d); y IV, incisos e) y f)
8.	El Fiscal Superior y Coordinador de Control Interno	Analizan y seleccionan áreas de oportunidad detectadas y acuerdan acciones de mejora a comprometer en el PTCI.	Propuesta de Informe Anual y PTCI	Numeral 9, fracciones II, inciso d) y e); y III, inciso b)

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno
9.	El Fiscal	Aprueba el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual, PTCI y PTAR	Numeral 9, fracción II, inciso e)
10.	Titulares de las Unidades Administrativas	Presenta al Fiscal y al Comité con copia a la DCI el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual, y PTCI	Numeral 12 y 15
11.	Enlace del SICII	Respalda el Informe Anual, PTCI y Reportes de Avances Trimestrales revisados y autorizados.	Archivo electrónico/físico	Numeral 9, fracción IV, inciso h)
12.	El Titular de la DCI	Conoce el Informe Anual y PTCI, y realiza su evaluación.	Informe Anual, y PTCI e Informe de Resultados	Numeral 19
13.	El Titular de la DCI	Remite el Informe de Resultados al Fiscal, y al Comité.	Oficio con Informe de Resultados	Numeral 19
14.	El Fiscal	Recibe Informe de Resultados y opinión del Titular de la DCI, lo valora y, en su caso, instruye al Coordinador de Control Interno la actualización del PTCI.	Oficio con Informe de Resultados	Numerales 16 y 19
15.	Coordinador de Control Interno	Recibe instrucción de actualizar el PTCI y presenta al Comité la actualización para firma del Fiscal.	Propuesta PTCI Actualizado	Numerales 9, fracción III, inciso d); y 16
16.	El Fiscal	Recibe PTCI actualizado para su firma e instruye al Coordinador su implementación y seguimiento.	PTCI Actualizado	Numeral 16
17.	Coordinador de Control Interno y Enlace del SICII	Realiza el seguimiento e informa trimestralmente al Fiscal por medio del Reporte de Avances Trimestral del PTCI para su aprobación.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI	Numeral 17, fracciones I y II
18.	El Fiscal	Revisa y aprueba el Reporte de Avance Trimestral del PTCI. El Informe Anual, el PTCI original y actualizado.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI, Informe Anual y PTCI.	Numerales 9, fracción III, inciso d) y 11, inciso e)
19.	Coordinador de Control Interno	Recibe y firma el Reporte de Avances Trimestral del PTCI y lo presenta al Titular de la DCI y al Comité.	Reporte de Avances Trimestral del PTCI	Numeral 17, fracciones I, inciso d) y II, a) y b)

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno
20.	El Titular de la DCI	Recibe Reporte de Avances Trimestral del PTCI, y resultados de las acciones comprometidas y efectúa su evaluación.	Informe de evaluación de la DCI al Reporte de Avances Trimestral	Numerales 17, fracción II, inciso a) y 18
21.	El Titular de la DCI	Emite el Informe de Evaluación al Reporte de Avances Trimestral y lo presenta al Fiscal y al Comité.	Informe de Evaluación	Numeral 18
22.	El Comité	Recibe Informe de Resultados, Reporte de Avances Trimestral del PTCI e Informe de Evaluación.	Informe de Resultados / Reporte de Avances Trimestral / Informe de Evaluación	Numerales 17, fracción II, inciso b); 18, fracción II; y 19, fracción II

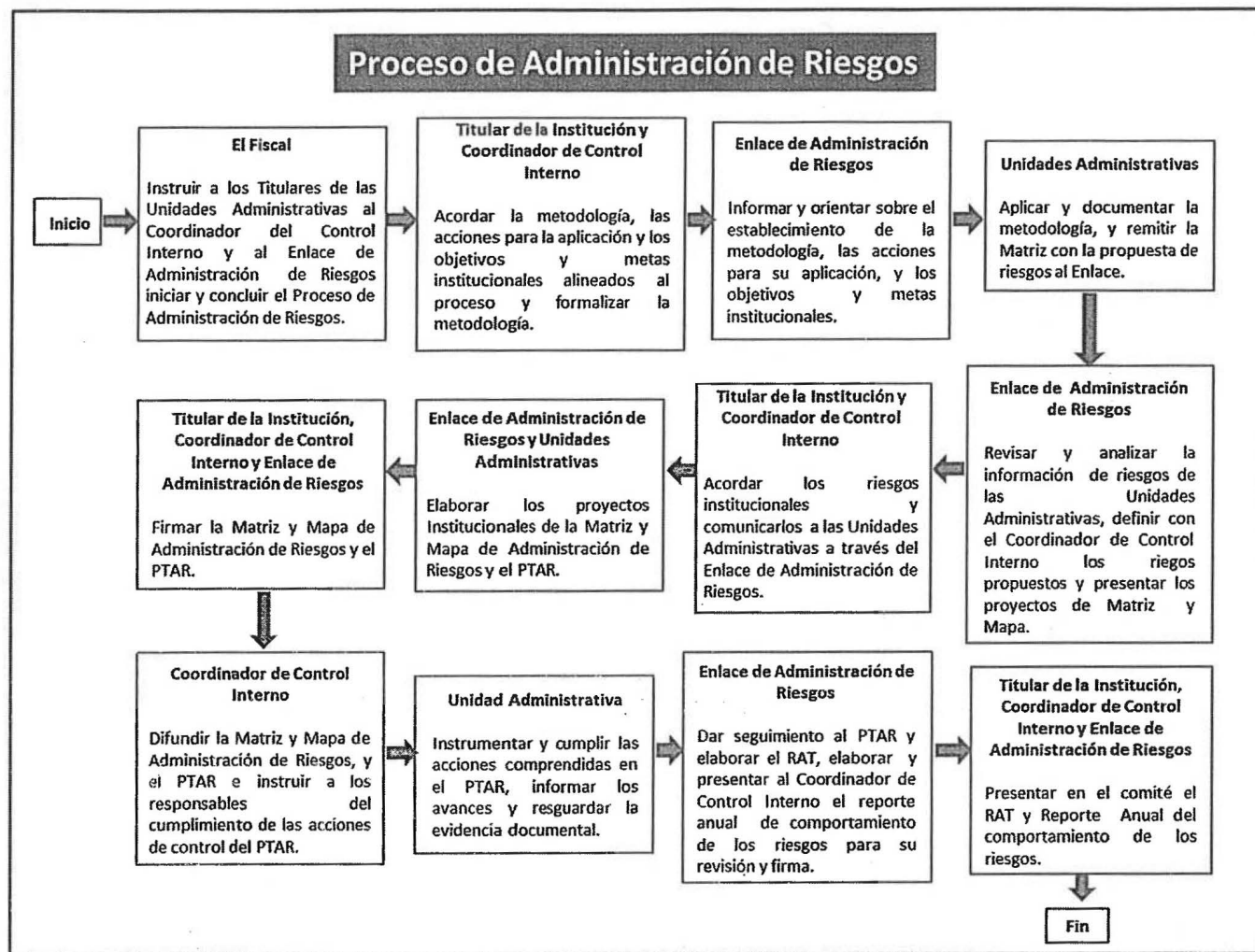
Documentación Soporte del Proceso / Procedimiento:

- Informe Anual (Informe Anual del Estado que Guarda el SICII y PTCI).
- Informe de Resultados (Informe de la Evaluación de la DCI al Informe Anual y PTCI).
- Reporte de Avances Trimestral del PTCI.
- Informe de Evaluación (Informe de Evaluación del Titular de la DCI al Reporte de Avances Trimestral del PTCI).

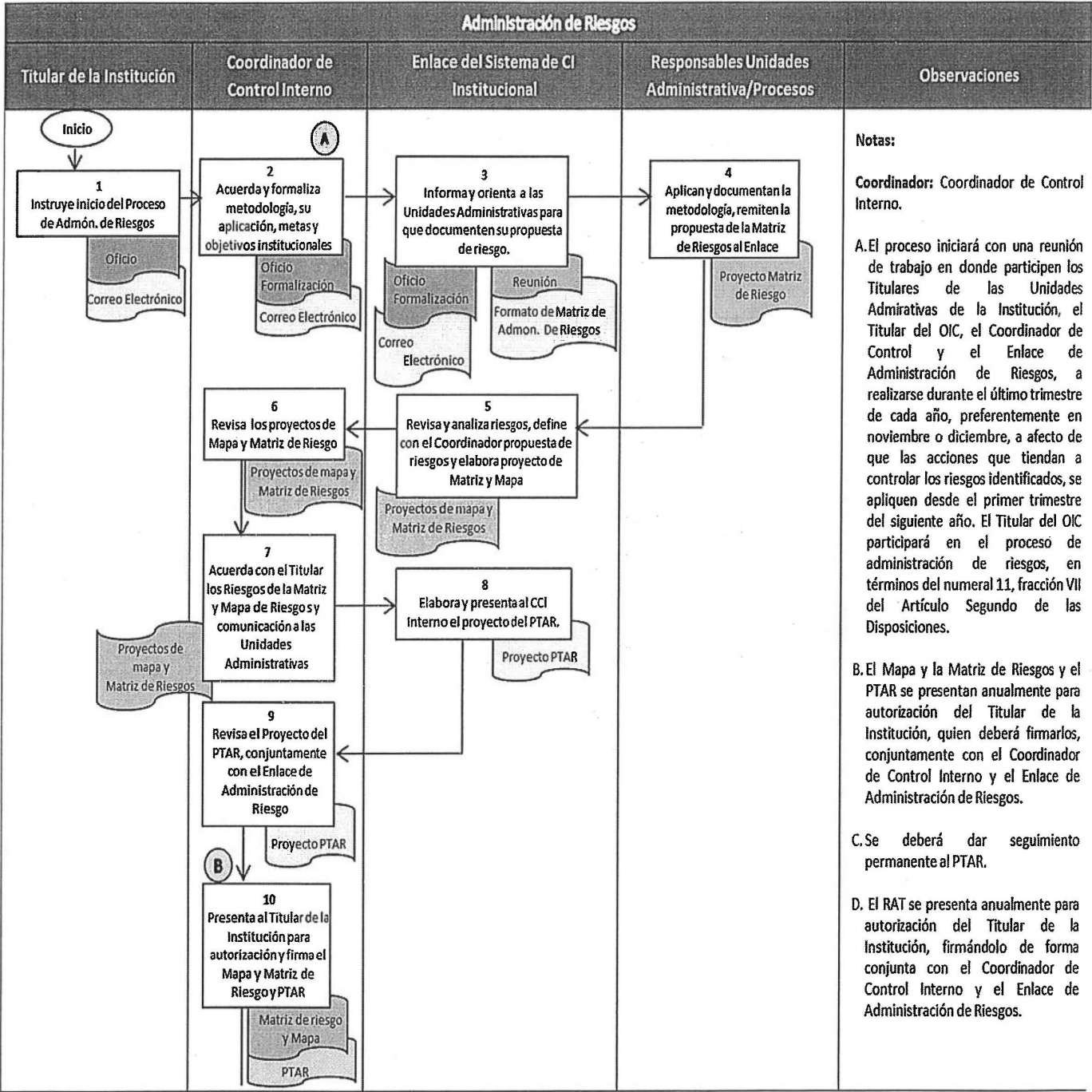
II. Administración de Riesgos Institucionales

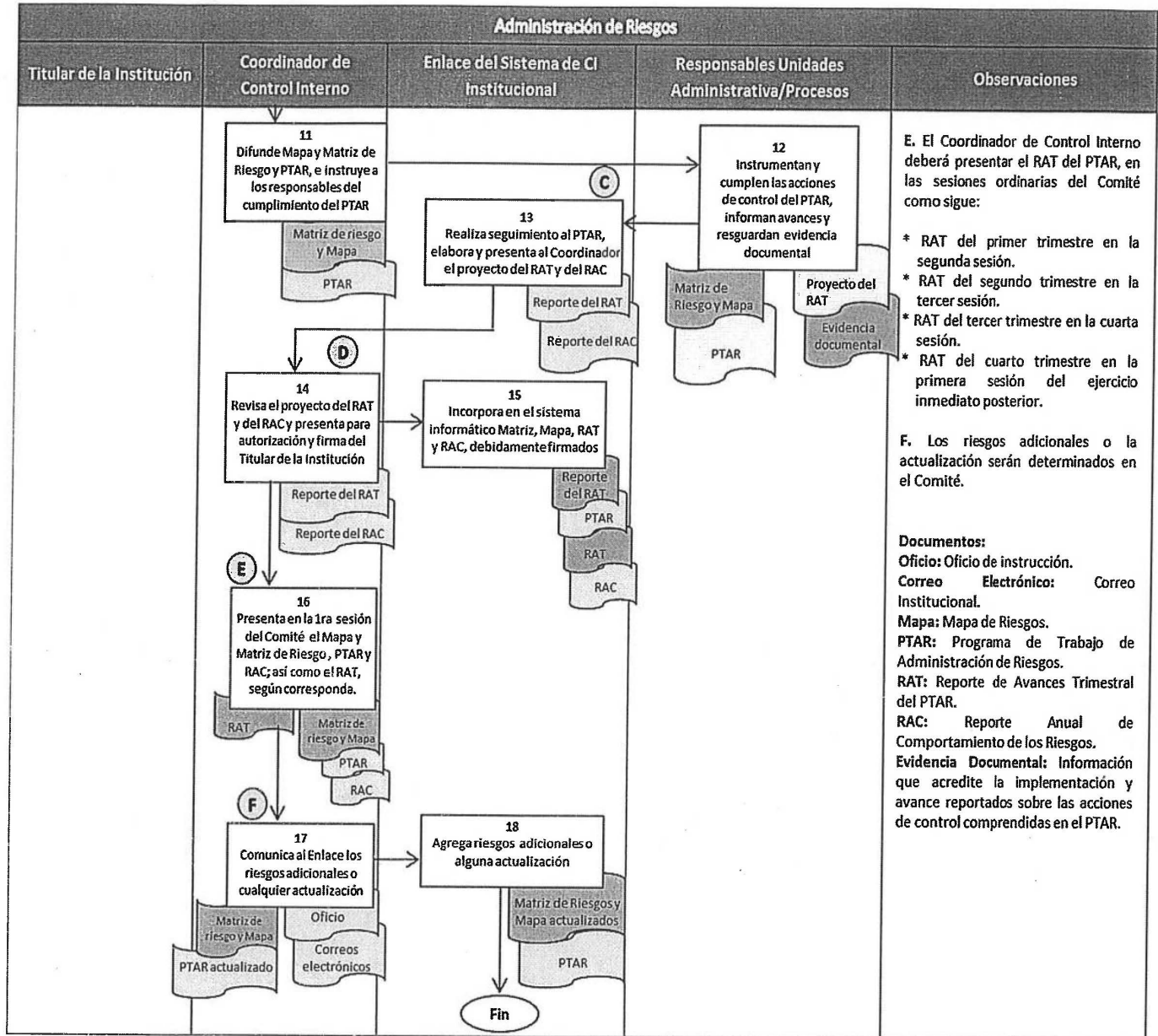
Objetivo. - Establecer las etapas de la metodología de administración de riesgos que observará el OSFE para identificar, evaluar, jerarquizar, controlar y dar seguimiento a sus riesgos, a efecto de asegurar en forma razonable el logro de sus metas y objetivos institucionales.

Descripción del proceso:



Descripción de los pasos y/o procedimiento:





Actividades secuenciales por responsable

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	El Fiscal	Instruye a las Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos iniciar el proceso de administración de riesgos.	Oficio/ Correo electrónico	Numeral 9, fracción II, inciso g)
2	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Fiscal la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales a los que se alinea el proceso y riesgos, y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.	Oficio de formalización/ Correo electrónico	Numeral 9, fracciones II, inciso g), y III, inciso e)
3	Enlace de Administración de Riesgos	Informa y orienta a las Unidades Administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación, y los objetivos y metas institucionales, para que documenten su propuesta de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos.	Oficio/ Correo electrónico/ Reunión Formato de Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 9, fracción V, inciso b)
4	Unidades Administrativas	Documenta las propuestas de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos, en función de las etapas mínimas establecidas.	Proyecto de Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 9, fracción I, inciso a)
5	Enlace de Administración de Riesgos	Revisa y analiza la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, define con el Coordinador de Control Interno la propuesta de riesgos institucionales, elabora y le presenta los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucionales. Resguarda dichos documentos firmados y sus respectivas actualizaciones.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 9, fracción V, incisos c) y d)
6	Coordinador de Control Interno	Revisa los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Administración de riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y el PTAR	Numeral 9, fracción III, inciso i)

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
7	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Fiscal los riesgos institucionales y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 9, fracción III, inciso e)
8	Enlace de Administración de Riesgos	Elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del PTAR Institucional.	Proyecto del PTAR	Numeral 9, fracción V, incisos c)
9	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto de Matriz, Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR Institucional, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.	Proyecto del Matriz, Mapa de Administración de Riesgos y PTAR	Numeral 9, fracción III, inciso i)
10	Coordinador de Control Interno	Presenta anualmente para autorización del Fiscal la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, y firma de forma conjunta con el Enlace de Administración de Riesgos.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR	Numeral 9, fracción III, inciso k)
11	Coordinador de Control Interno	Difunde la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, e instruye la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR	Numeral 9, fracción III, inciso l)

12	Unidades Administrativas	Instrumentan y cumplen las acciones de control del PTAR, e informan avances trimestrales y resguardan la evidencia documental.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Evidencia documental	Numeral 28
----	--------------------------	--	---	------------

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
13	Enlace de Administración de Riesgos	Realiza conjuntamente con el Coordinador de Control Interno el seguimiento permanente al PTAR, elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR con la información proporcionada por las Unidades Administrativas y el Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos.	Proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos	Numerales 9, fracción V, incisos c) y e); 27 y 28
14	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, los firma conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos y los presenta para autorización y firma del Fiscal.	Reporte de Avances Trimestral del PTAR Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos	Numeral 9, fracción III, incisos j) y k)
15	Enlace de Administración de Riesgos	Incorpora el Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos; resguardando los documentos firmados y sus respectivas actualizaciones.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos	Numeral 9, fracción V, incisos d) y f)
16	Coordinador de Control Interno	Presenta en la primera sesión del Comité, el Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes; y el Reporte de Avances Trimestral del PTAR, en las sesiones del Comité, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR. Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos	Numeral 9, fracción III, inciso n) y 27, segundo párrafo, inciso b)

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
17	Coordinador de Control Interno	Comunica al Enlace de Administración de Riesgos los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR determinados por los servidores públicos y el Comité.	Oficio/ Correo electrónico Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR actualizados	Numeral 9, fracción III, inciso m)
18	Enlace de Administración de Riesgos	Agrega a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR, los riesgos adicionales determinados por el Comité.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR	Numeral 9, fracción V, inciso f)

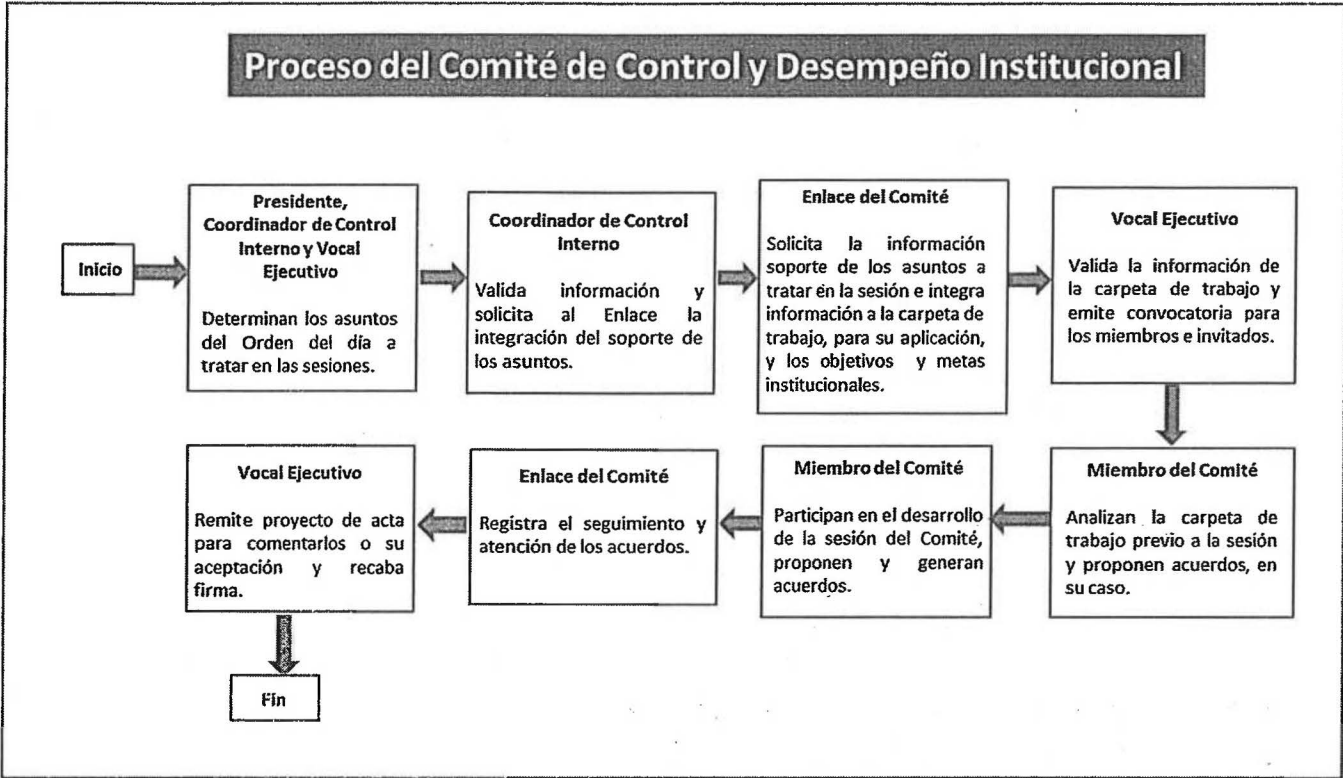
Documentación Soporte del Proceso /Procedimiento:

- Formato de Matriz de Administración de Riesgos Institucional (Matriz).
- Mapa de Administración de Riesgos Institucional (Mapa).
- Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- Reporte de Avances Trimestral del PTAR (RAT).
- Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos (RAC).

III. Funcionamiento del Comité de Control y Desempeño Institucional.

Objetivo. Constituir un órgano colegiado al interior de del OSFE, en apoyo a los Titulares de las mismas, que contribuya al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, a impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno, y al análisis y seguimiento de la detección y administración de riesgos.

Descripción del proceso:



Descripción de los pasos del proceso y/o procedimiento:

Fundamentación					
Presidente	Coordinador de Control Interno	Enlace del Comité	Vocal Ejecutivo	Miembros del Comité	Observaciones
Inicio 1 Determina con el Coordinador y Vocal Ejecutivo los asuntos a tratar en la sesión Orden del Día	2 Solicita la integración soporte de los asuntos a tratar. Orden del Día 4 Recibe, revisa y valida la información de las Unidades Administrativas y envía para integrar carpeta de trabajo Oficio y Correo Electrónico	3 Solicita a las Unidades Administrativas la información, la integra y la envía. Oficio, Correo electrónico e información 5 Integra y captura la información en la carpeta de trabajo Carpeta de Trabajo	6 Valida y verifica la información de la carpeta de trabajo para la sesión y notifica convocatoria Carpeta de trabajo y Convocatoria 9 Elabora y envía el proyecto de Acta de la Sesión para la revisión y/o comentarios de los participantes en el comité. Proyecto de Acta 10 Determina con el Coordinador y Vocal Ejecutivo los asuntos a tratar en la sesión Acta formalizada Fin	7 Analiza la carpeta previo a la sesión, proponen acuerdos sobre los asuntos del orden del día y emiten comentarios 8 Participan en la sesión para el desahogo de los asuntos del orden del día y proponen y aprueban acuerdos.	Notas: A. El Presidente conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo. Determinan los asuntos a tratar en la sesión de Comité. Conforme al orden del día considerando invariablemente los temas relacionados con: - El seguimiento a la ampliación y actualización del SICII (evaluación PTCI y reporte de avances trimestrales). - El seguimiento al proceso de administración de riesgos institucionales (PTAR institucional y reporte de avances trimestrales). B. Los miembros del comité invitado consideraran lo señalado en los numerales 33 al 35 del presente acuerdo. Documentos: Oficios: Para emisión de solicitudes y Convocatorias. Actas: De la sesión para formalizar los asuntos tratados y acuerdos establecidos.

Actividades secuenciales por responsable:

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	Presidente del Comité, Coordinador de Control Interno y Vocal Ejecutivo	Determinan los asuntos a tratar en la sesión del Comité que corresponda, a partir de lo establecido en la Orden del Día, numeral 44 de las Disposiciones.	Orden del Día	Numerales 9, fracción III, inciso n); 36, fracción I; y 37, fracción I
2	Coordinador de Control Interno	Solicita al Enlace del Comité la integración de la información soporte de los asuntos a tratar en la sesión del Comité.	Orden del Día	Numeral 9, fracción III, inciso q).
3	Enlace del Comité	Solicita a las Unidades Administrativas responsables (incluido el Titular del DCI) la información para integrar la carpeta de trabajo.	Oficio/Correo electrónico Información	Numeral 9, fracción VI, inciso b).
4	Coordinador de Control Interno	Revisa y valida la información remitida por las Unidades Administrativas e instruye al Enlace del Comité la conformación de la carpeta de trabajo.	Oficio/Correo electrónico	Numeral 9, fracción III, inciso p).
5	Enlace del Comité	Integra y captura la información en la carpeta de trabajo de la sesión del Comité.	Carpeta de Trabajo.	Numeral 9, fracción VI, inciso d).
6	Vocal Ejecutivo	Valida y verifica la información en la carpeta de trabajo y notifica con cinco días de anticipación a la fecha de la convocatoria de la sesión a los miembros e invitados del Comité.	Carpeta de Trabajo Convocatoria (Oficio/Correo electrónico)	Numeral 38, fracciones III y IV
7	Miembros del Comité e invitados	Analizan la carpeta de trabajo previos a la sesión, presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción a través de la cédula de problemáticas o situaciones críticas, proponer acuerdos sobre los temas a tratar en la sesión, y aprueban acuerdos en sesión ordinaria y/o extraordinaria.	Carpeta de Trabajo	Numeral 37, fracciones I, II, VI, y VII
8	Miembros del Comité e invitados	Participan en la sesión para el desahogo de los asuntos específicos de la Orden del Día, proponen y aprueban acuerdos, y las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.	Reunión presencial o videoconferenci a	Numeral 35

No.	Responsable	Actividad	Método, Herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
9	Vocal Ejecutivo	Elabora y envía proyecto de acuerdos a los responsables de su atención, así como el Acta a los Miembros del Comité y a los invitados que acudieron a la sesión, para su revisión y/o comentarios o aceptación a efecto de elaborar el acta definitiva.	Grabación audio y/o video de la sesión / proyecto de Acta.	Numerales 38, fracción VII; y 49.
10	Vocal Ejecutivo	Formaliza el Acta de la sesión recabando las firmas de los miembros del Comité e invitados.	Acta firmada de la sesión.	Numerales 38, fracción VII; y 49.

Documentación Soporte del Proceso / Procedimiento:

Carpeta de trabajo.

Actas de las sesiones.

ARTÍCULO CUARTO. - La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la Dirección de Contraloría Interna del OSFE.

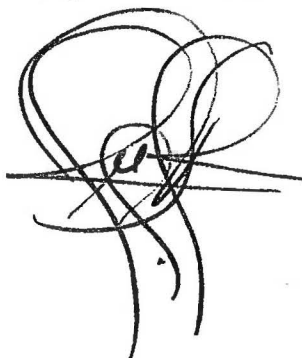
ARTÍCULO QUINTO. - Las Disposiciones y procedimientos contenidos en el Manual a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse, cuando menos una vez al año por la Dirección de Contraloría Interna, para efectos de su actualización de resultar procedente.

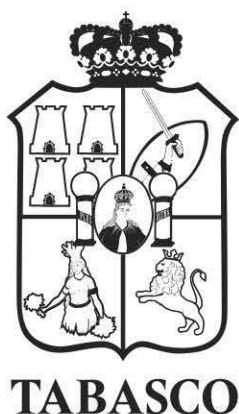
ARTÍCULO SEXTO. - La Dirección de Contraloría Interna vigilará el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua.

TRANSITORIOS

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

Segundo. - Las instrucciones de trabajo a que se refiere el artículo Tercero deberán formularse dentro de los 60 días hábiles siguientes a la entrada en vigor del presente Acuerdo.



Impreso en la Dirección de Talleres Gráficos de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, bajo la Coordinación de la Secretaría de Gobierno.

Las leyes, decretos y demás disposiciones superiores son obligatorias por el hecho de ser publicadas en este periódico.

Para cualquier aclaración acerca de los documentos publicados en el mismo, favor de dirigirse al inmueble ubicado en la calle Nicolás Bravo Esq. José N. Rovirosa # 359, 1er. piso zona Centro o a los teléfonos 131-37-32, 312-72-78 de Villahermosa, Tabasco.

Cadena Original: |00001000000403698529|

Firma Electrónica: glxRKz3YNDkEda8VX1FAt655/IXGKtAc2ksmDAq3vVn1ihj0QeGY82MdfMC2oz7C2M+8ZcRZpLQuwgk7KJOfBcAW0Pnprxkq81DTJ6U/mAxfQ1vDEzjQkL83AuM6601qpYn9kstt05QtdQXFGdqiMwlbfnDQw+0oJaXZkHp6up0yicPBSHjF7UFXFof8jsVsfuPJsGF7JWi0JGB5jh10qlhgboQvu/U0/NaXjFJJesCg9gKaTkaaj1jZXNH28wUaaalXpY/ctFSnsW9ApqVCyj7v0d+d+4IAzT0Lqf+Z9GbBqEzO7a5nR8dHsFJ6w6GfpgKKl3mon8wDZpdqD9wwZg

==