BIENVENIDOS AL CURSO-DE-INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN DE CONTROL-INTERNO

ÍNDICE DEL CURSO

1) Objetivo General
2) Antecedentes del Control Interno.
3) Introducción al Control Interno en México.
4) Aspectos Generales del Control Interno.
5) Normativa vigente en materia de control interno: 3 PROCESOS
   - ❖ Primer Proceso: Modelo Estándar de Control Interno
   - ❖ Segundo Proceso: Proceso de Administración de Riesgos
   - ❖ Tercer Proceso: Comité de Control y Desempeño Institucional

1) OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer las disposiciones en materia de Control Interno y que **el participante conozca de forma general los 3 PROCESOS a que hace referencia la normativa vigente de control interno** denominado ***"Acuerdo de la Secretaria de la Función Pública, por el que emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla*** **(en adelante "El Acuerdo") y que deberán observar los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, así como todo el personal que labora en las mismas, a fin de coadyuvar al cumplimento de sus metas, objetivos, y prevenir los riesgos que puedan afectar el logro de éstos.**

2) ANTECEDENTES DEL CONTROL INTERNO

Derivado que en el siglo XX ciertas organizaciones públicas y privadas, presentaron crisis de confianza con impactos financieros importantes que tuvieron efectos negativos en las condiciones de vida de las sociedades, originando una crisis de desconfianza en los mercados financieros y políticos motivó la creación de la Comisión Treadway (es una organización privada que estableció el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO) con el fin de estudiar las causas subyacentes de la información financiera fraudulenta.

Debido a estos acontecimientos en 1985 se dio origen al modelo internacional COSO, cuyas siglas se derivan del acrónimo (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway) que es una Comisión voluntaria constituida por representantes de cinco organizaciones del sector privado en EEUU, para proporcionar liderazgo intelectual frente a tres temas interrelacionados: la gestión del riesgo empresarial, el control interno, y la disuasión del fraude.

En mayo de 2013 se publicó la tercera versión COSO III, poniendo más énfasis en el reporte financiero y riesgos de fraude y que regresa a la estructura estándar del COSO I, que se basó en la aplicación de cinco componentes: 1. Ambiente de Control 2. Evaluación de Riesgos 3. Actividades de Control 4. Información y Comunicación 5. Supervisión y mejora continua.

3) INTRODUCCIÓN AL CONTROL INTERNO EN MÉXICO

En México durante la quinta reunión plenaria del Sistema Nacional de Fiscalización celebrada en 2014, se publicó el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI), basado en el Marco de referencia para la implementación, gestión y control de un adecuado Sistema de Control Interno COSO 2013, mismo que se desarrolla en CINCO NORMAS GENERALES Y DIECISIETE PRINCIPIOS GENERALES, para ser adecuado y adoptado por las instituciones en el ámbito Federal, Estatal y Municipal, mediante la expedición de los decretos correspondientes.

Por lo cual la Administración Pública del Estado de Puebla, adopta el Marco Integrado de Control Interno (MICI) para el Sector Público, como un modelo general que define al Sistema de Control Interno Institucional, el cual deberá ser observado por las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal.

En tal sentido para el Estado de PUEBLA, el 22 de mayo de 2020 se PUBLICA EL *ACUERDO de la Secretaria de la Función Pública del Gobierno del Estado, por el que emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla.*

4) ASPECTOS GENERALES DEL CONTROL INTERNO

¿QUÉ ES EL CONTROL INTERNO Y PARA QUE SIRVE?

CONTROL INTERNO GUBERNAMENTAL : Es el conjunto de normas, políticas, procesos y métodos realizados y aplicados por el Titular de las Dependencias y Entidades y los demás servidores públicos, con el objeto de proporcionar una **seguridad razonable** sobre el cumplimento de metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos de corrupción

PARA QUE SIRVE EL CONTROL INTERNO: Proporcionar a las dependencias y entidades certidumbre en la toma de decisiones, conducirlas con una seguridad razonable al logro de metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y cumplimiento de la ley.

OBJETIVO DEL CONTROL INTERNO

Eficiencia:

Logro de objetivos y metas programadas con la menor cantidad de recursos

Eficacia:

El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad

El Control Interno tiene por objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de metas y objetivos, dentro de las siguientes categorías:

I. Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos; **(OPERACIÓN)**

II. Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación; **(INFORMACIÓN)**

III. Cumplimiento del marco jurídico aplicable a las Instituciones, y **(CUMPLIMIENTO)**

IV. Salvaguarda, preservación y mantenimiento de los recursos públicos en condiciones de integridad, transparencia y disponibilidad para los fines a que están destinados. **(SALVAGUARDA)**

ROLES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII)

SECRETARIO ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO

EMITE NORMATIVA: ***Acuerdo de la Secretaria de la Función Pública, por el que emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla.***

El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las Disposiciones, que los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal (APE), deberán observar para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua de su Sistema de Control Interno Institucional. (SCII).

TITULARES DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA APE

ÁMBITO DE APLICACIÓN: Los Titulares y, en su caso, el Órgano de Gobierno, así como los demás servidores públicos de las Dependencias y Entidades que integran la APE, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación el Sistema de Control Interno Institucional, tomando como base la Disposiciones de la normativa, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes a OPERACIÓN, INFORMACIÓN, CUMPLIMIENTO Y SALVAGUARDA DE LOS RECURSOS.

DESIGNACIÓN DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES EN LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA APE

DESIGNACIÓN DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO: El Titular de la Institución designará mediante oficio dirigido al Titular de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno **para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las Disposiciones de la normativa**, el nombramiento recaerá preferentemente en el Coordinador General de Administración o equivalente.

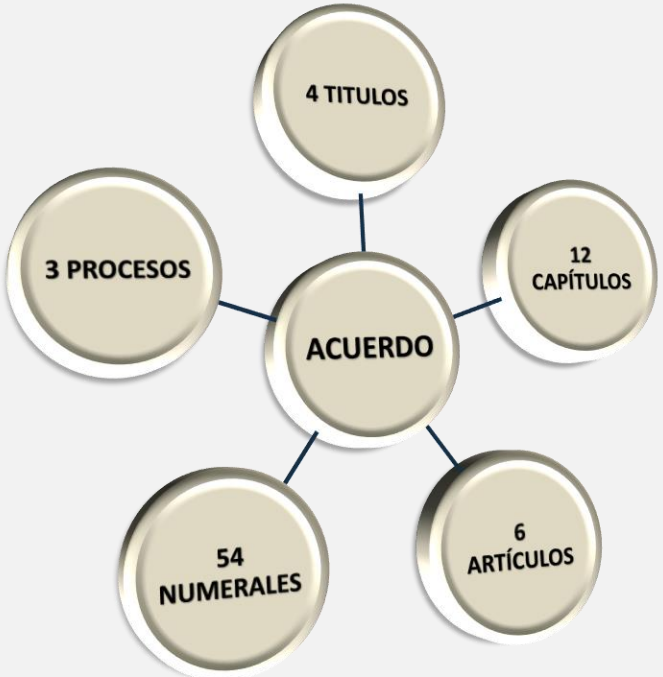
DESIGNACIÓN DE ENLACES: El Coordinador de Control Interno designará a 3 Enlaces, mediante oficio dirigido a la Titular de la CGOVC, para cada uno de los 3 procesos siguientes contemplados en la normativa:

- **Enlace del Sistema de Control Interno Institucional (SCII)** → **PROCESO I.- Modelo Estándar de Control Interno SCII**
- **Enlace de Administración de Riesgos** → **PROCESO II.- Proceso de Administración de Riesgos**
- **Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)** → **PROCESO III.- Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)**

5) NORMATIVA VIGENTE EN MATERIA DE CONTROL INTERNO: 3 PROCESOS

NORMATIVA

*"Acuerdo de la Secretaria de la Función Pública, por el que emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla (en adelante "El Acuerdo")", **publicado el 22 de mayo de 2020**.*



VISITA EL PORTAL DE LA SABG/SCII en:
https://www.sabg.puebla.gob.mx/sistema-de-control-interno-institucional RUBRO 1/NORMATIVIDAD

LA NORMATIVA INCLUYE 3 PROCESOS

I.- Modelo Estándar de Control Interno SCII

Del numeral 8 al 21 de "El Acuerdo"

II.- Proceso de Administración de Riesgos

Del numeral 22 al 31 de "El Acuerdo"

III.- Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)

Del numeral 32 al 54 de "El Acuerdo"

I.- Modelo Estándar de Control Interno SCII

Del numeral 8 al 21

Es el conjunto de:

1). 5 Normas Generales de Control Interno, sus 17 principios y elementos de control

2). Los niveles de responsabilidad de control interno y funciones

3). La evaluación del SCII

4). Informes generados (Informe Anual, Informes trimestrales)

5). Programas de Trabajo (PTCI) y

6). Reportes relativos al Sistema de Control Interno Institucional (SCII). (Evaluaciones del OIC).

1.- LAS 5 NORMAS GENERALES, 17 PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE CONTROL

17 PRINCIPIOS

5 NORMAS GENERALES

Ambiente de Control	Mostrar actitud de respaldo y compromiso	Ejercer la responsabilidad de vigilancia	Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad	Demostrar compromiso con la competencia profesional	Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas	8 E.C.
Administración de Riesgos	Definir metas y objetivos institucionales	Identificar, analizar y responder a los riesgos	Considerar el riesgo de corrupción	Identificar, analizar y responder al cambio		4 E.C.
Actividades de Control	Diseñar actividades de control	Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC´s	Implementar actividades de control			12 E.C.
Información y Comunicación	Usar información relevante y de calidad	Comunicar internamente	Comunicar externamente			6 E.C.
Supervisión y Mejora Continua	Realizar actividades de supervisión	Evaluar los problemas y corregir las deficiencias				3 E.C.

Elementos de control: procesos, o acciones que permiten controlar o regular la operatividad de las instituciones y que deberán instrumentar para asegurar que la implementación, operación y actualización de su Sistema de Control Interno Institucional sea apropiada y razonable (Leyes, Reglamentos, estructura orgánica, manuales administrativos, código de ética y conducta, PTCI, PTAR, Tic´s, evaluación del desempeño, clima organizacional etc.)

Numerales 9 y 11

2.- RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCII Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD

SECRETARÍA ANTICORRUPCIÓN Y BUEN GOBIERNO (SABG)

La SABG conduce, organiza, coordina, vigila y asesora en la política de control interno mediante:

- Emisión de la normativa en materia de control interno.
- Otorga asesoría permanente a las Dependencias y Entidades en la implementación del SCII y administración de riesgos a través de CGOIC y de los OIC´S.

TITULARES DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES

El control interno es responsabilidad del Titular de la institución, y en su caso el Órgano de Gobierno, y lo implementa con apoyo de:

- La Administración (mandos superiores y medios).
- Coordinador de Control Interno
- Enlace del SCII
- Enlace ÁRI
- Enlace del COCODI
- Órgano Interno de Control

GENÉRICAS

Y de todos los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades, con responsabilidades GENÉRICAS de:

- Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos identificados en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables, y

- Evaluar el SCII verificando el cumplimiento de las Normas Generales, sus principios y elementos de control, así como proponer las acciones de mejora e implementarlas, en un proceso de mejora continua.

Numeral 10

3.- EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII)

La evaluación del SCII se realiza identificando la implementación y operación de las 5 Normas Generales de Control Interno y sus 17 Principios, y de la existencia y suficiencia de los elementos de control.

- El SCII **deberá ser evaluado de forma anual** en el mes de noviembre, mediante la aplicación de encuestas en el **Sistema de Evaluación del Control Interno (SECI).**
- **La Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control (CGOIC), coordina la aplicación de las ENCUESTAS en el SECI en los 3 niveles de responsabilidad (Estratégico, Directivo y Operativo).**
- El resultado de las ENCUESTAS **permite conocer las debilidades o deficiencias de control interno, con los porcentajes de cumplimiento de aplicación del control interno, en** forma Global; Nivel de Responsabilidad; **Norma General; 17 Principios y Elementos de Control.**
- El SECI emite este resultado para que las Dependencias y Entidades elaboren su INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL SCII, y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI).

Numeral 11

4.- INFORMES:

Numerales 13 y 20

13. El Informe Anual del estado que guarda el SCII, se elabora tomando como base el resultado de las ENCUESTAS aplicadas en el SECI, (Informe de autoevaluación) y será presentado debidamente autorizado y firmado por el Titular de la Institución a:

I. Al Secretario Anticorrupción y Buen Gobierno, con copia al Titular del Órgano Interno de Control, a más tardar el 31 de enero de cada año;
II. Al Comité en la primera sesión ordinaria, y
III. Al Órgano de Gobierno, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

14. Apartados que lo integran: El Informe Anual no deberá exceder de tres cuartillas y se integrará con los siguientes apartados:

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII.
II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados.
III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCI 2025.

20. Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual y PTCI

- El Informe de Resultados de la evaluación del Titular del Órgano Interno de Control deberá ser presentado al Secretario Anticorrupción y Buen Gobierno y al Titular de la Institución a mas tardar el último día hábil del mes de febrero.

5.- INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO (PTCI).

- **El PTCI deberá contener las acciones de mejora** determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con debilidades de control interno o áreas de oportunidad, diseñando nuevos controles o reforzar los existentes.

  (Acción (es) de mejora: Las actividades determinadas e implantadas por los Titulares de las instituciones y demás servidores públicos de las Instituciones para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional.)

- **Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 de diciembre de cada año**, en caso contrario, se documentarán y presentarán en el Comité las justificaciones correspondientes, para ser serán integradas al PTCI del año siguiente.

Numeral 16

FORMATO DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO (PTCI).

Logo Institucional

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA/ENTIDAD

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO (PTCI) DEL EJERCICIO 20xx

No.	Elemento de Control	Proceso	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable	Medio de Verificación
	AMBIENTE DE CONTROL							
1								
2								
3								
4								
5								
6								
	ADMINISTRACION DE RIESGOS							
8								
9								
10								
11								
12								
	ACTIVIDADES DE CONTROL							
13								
14								
15								
16								
17								
18								
	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN							
19								
20								
21								
22								
23								
24								
	SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA							
25								
26								
27								
28								
29								
30								

Página 1

Página 2

Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 de diciembre de cada año, en caso contrario, se documentará la razón de su incumplimiento y presentarán en el COCODI las justificaciones correspondientes, considerando los aspectos no atendidos en la siguiente evaluación del SCII y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCI.

AUTORIZO	REVISÓ	ELABORÓ

Numeral 16

6. - REPORTES RELATIVOS AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII).

- **18. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.** Señala el seguimiento **al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI, elaborado por** el Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII, para informar trimestralmente al Titular de la Institución y al Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles del mes siguiente al trimestre que se reporta.

- **19. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.** El Titular del Órgano Interno de Control realizará la evaluación del Reporte de Avances Trimestral del PTCI, debiendo presentarlo al Titular de la Institución dentro de los 15 días hábiles posteriores a su recepción. De igual forma deberá presentarlo al COCODI y en su caso a la Junta de Gobierno en la Sesión Ordinaria correspondiente de cada Comité.

Numerales 18 y 19

II.- Proceso de Administración de Riesgos

OBJETIVO. Establecer las etapas de la metodología de administración de riesgos que observarán las Dependencias y Entidades para identificar, evaluar, controlar y dar seguimiento a sus riesgos, a efecto de asegurar en forma razonable el logro de sus metas y objetivos institucionales.

Numerales del 22 al 31

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Administración de Riesgos: Es un proceso dinámico para identificar, valorar y monitorear los riesgos, incluidos los de corrupción, con el objeto de determinar acciones de control que permitan disminuir su impacto y probabilidad de ocurrencia, de tal manera que se pueda proporcionar seguridad razonable del cumplimiento de objetivos y metas.

Numeral 2

Riesgo: Evento no deseado interno o externo que derivado de la combinación de su probabilidad de ocurrencia y el posible impacto en caso de materializarse, puede obstaculizar, dificulta, o impedir la consecución de los objetivos de una institución.

Los riesgos pueden ser: Sustantivos, administrativos, de tipo legal, financiero, presupuestal, de servicios, de seguridad, de obra pública, de recursos humanos, de imagen, Tic´s, de salud, de corrupción, entre otros.

Factor de Riesgo: Es aquella circunstancia o situación interna y/o externa que aumenta la posibilidad de que un riesgo se materialice.

Los factores de riesgo pueden ser: Humanos, financieros, técnico-administrativo, TIC´s, recursos materiales, normativo y del entorno.

INICIO DEL PROCESO.

- **El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año**, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, el Titular del Órgano Interno de Control, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar el **Mapa, la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos PTAR**, aplicando una METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- **I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.** Identificar metas y objetivos, así como los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos). (normativa de la Institución) Es importante realizar, previo al taller, una relación de los procesos sustantivos y administrativos de la institución; para ubicar que procesos deberán estar en alcance del análisis de riesgos.
- **II. CONTEXTO.** - Describir el entorno interno y externo de la Institución. (Identificar posibles eventos en el entorno externo que podrían influir en el logro de los objetivos, por ejemplo, cambios en el marco legal, en la economía, en la política, etcétera).
- **III. EVALUACIÓN DE RIESGOS.** - Identificar RIESGOS y FACTORES DEL RIESGO. Algunas de las técnicas que se podrán utilizar en la identificación de los riesgos son: talleres de autoevaluación e identificación de riesgos; mapeo de procesos; análisis del entorno; lluvia de ideas; cuestionarios, entre otros.

Numerales del 22 y 23

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Figura 6. Fuente: Elaborada por la ASF.

Numerales del 22 y 23

TIPOS DE RIESGOS

Numerales del 22 y 23

Estratégico: Están relacionados con la misión, visión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Directivo: En la operación de los programas y proyectos de la institución.

Operativo: Aquí se consideran los riesgos relacionados con fallas en la operatividad de procesos, en los sistemas o en la estructura de la institución.

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

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

A la Integridad: Son aquellas situaciones o eventos que relacionadas al entorno de valores y principios éticos de la institución.

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

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- 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.

Sustantivo + **Verbo en participio** + **Adjetivo, adverbio, o complemento circunstancial negativo** = **RIESGO**

- Ejemplos de descripción de RIESGOS:

1.- Expediente electrónico + integrado + de manera errónea.
2.- Registro contable + actualizado + fuera de norma.
3.- Información financiera + almacenada + en bases de datos obsoletas o poco confiables

- Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.

Numerales del 22 y 23

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- 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	DIRECTIVO	OPERATIVO
Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión objetivos y metas institucionales.	Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la Institución.	Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución.

- **Identificación de factores de riesgo.** Humano, financiero-presupuestal, técnico-administrativo, Tic´s, recursos materiales, normativo, del entorno.

Numeral 23

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- **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 del impacto que van desde catastrófico, grave, moderado, bajo y menor.

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

Numeral 23

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- **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, por la probabilidad de ocurrencia considerando las siguientes escalas de valor: Recurrente, muy probable, probable, inusual y remota.

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

La valoración del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia deberá realizarse antes de la evaluación de controles (evaluación

Numeral 23

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

➢ **IV. EVALUACIÓN DE CONTROLES.-** Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Comprobar la existencia o no de controles para cada factor de riesgos.
b) Describir los CONTROLES EXISTENTES.
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.

Numeral 23

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- **V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.** - Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo. En esta etapa se realizará la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Institución de no responder adecuadamente ante ellos, considerando los siguientes aspectos:

a) La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;

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

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

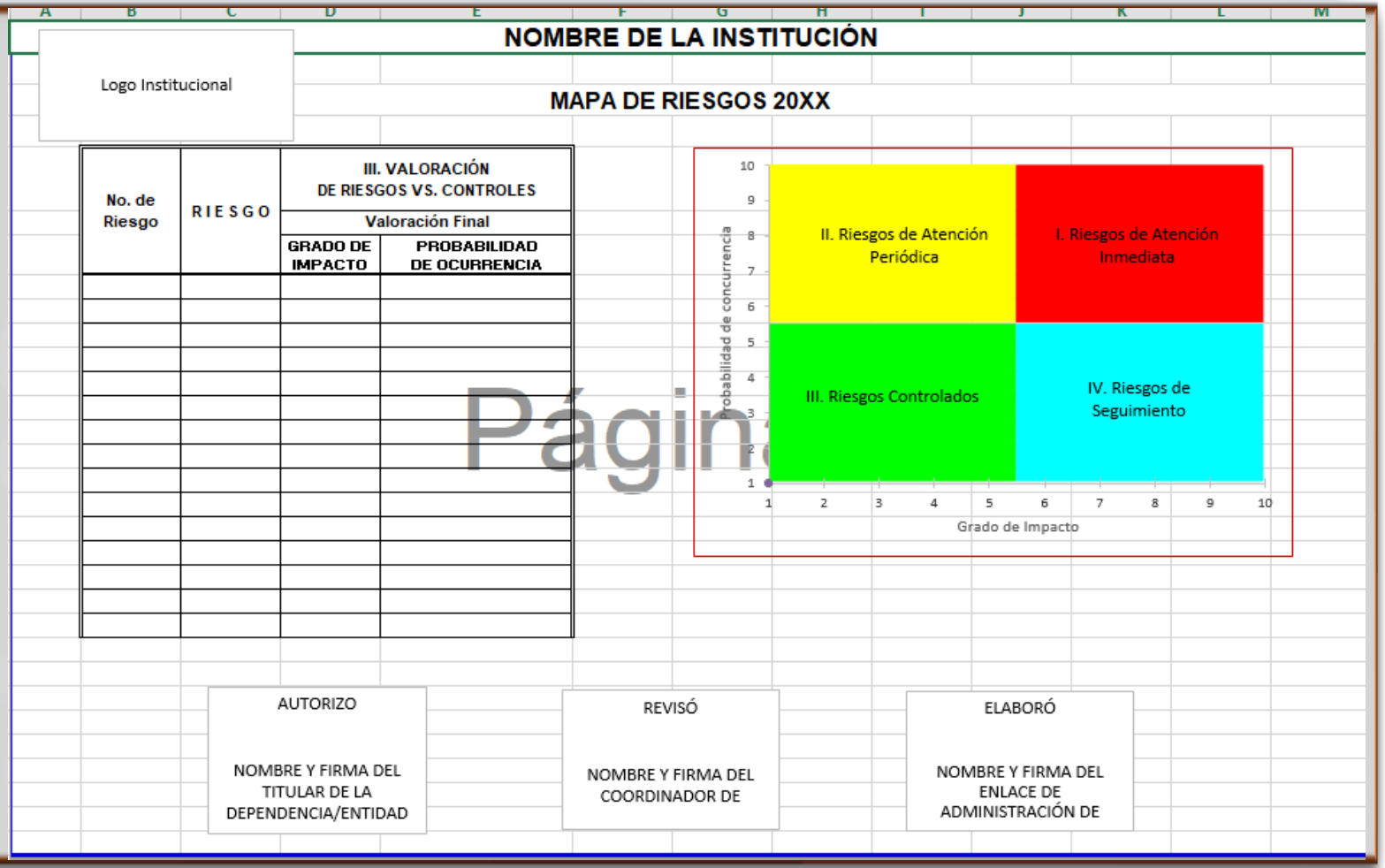
- **VI. ELABORAR EL MAPA DE RIESGOS, LA MATRIZ Y EL PTAR.**

Numeral 23

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

MAPA DE RIESGOS

VISITA EL PORTAL DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA ÍCONO_SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL RUBRO 4/FORMATOS


NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Logo Institucional

MAPA DE RIESGOS 20XX

No. de Riesgo	RIESGO	III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES	
		Valoración Final	
		GRADO DE IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA

AUTORIZO

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA/ENTIDAD

REVISÓ

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE

ELABORÓ

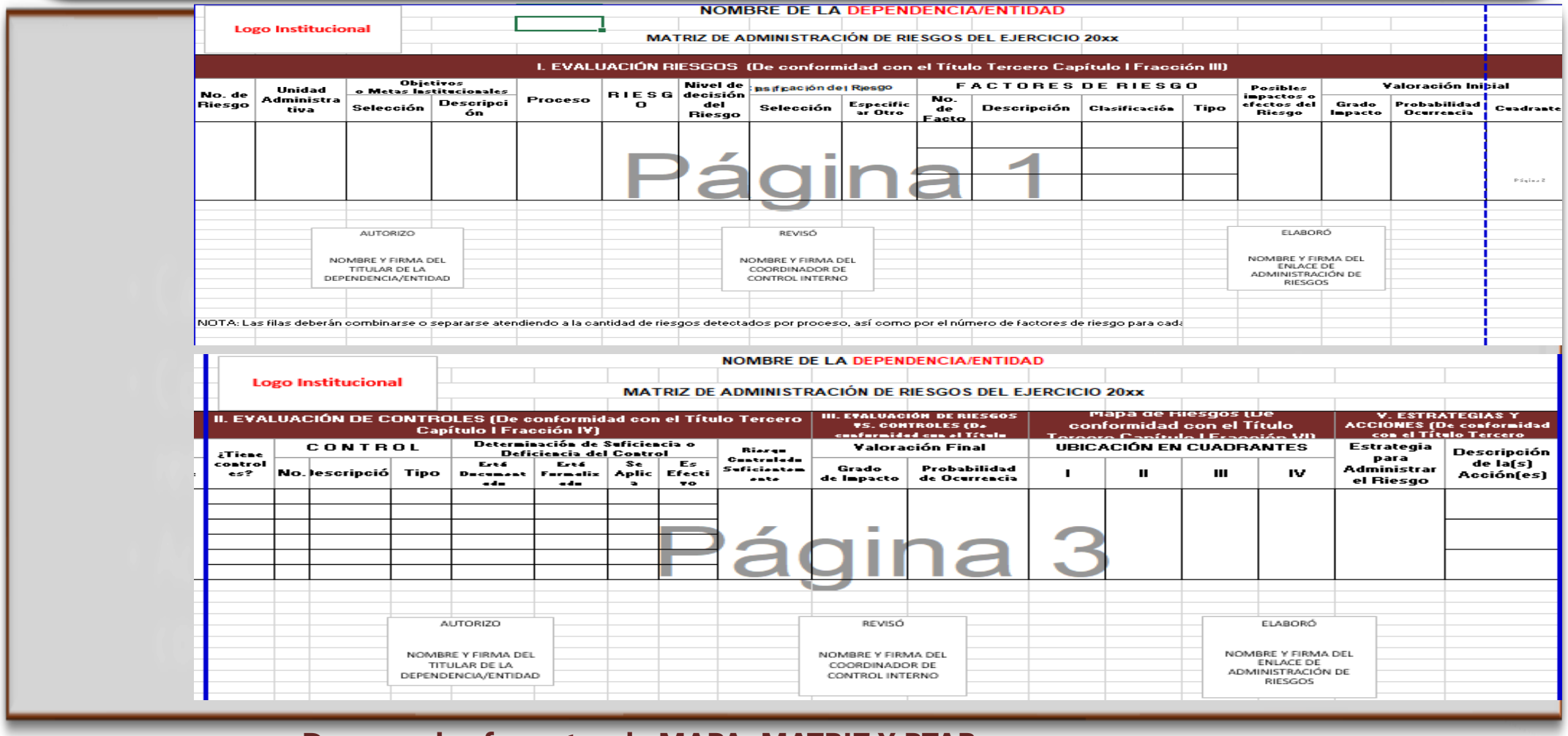
NOMBRE Y FIRMA DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE

Descarga los formatos de MAPA, MATRIZ Y PTAR en:
https://www.sfp.puebla.gob.mx/sistema-de-control-interno-institucional

Numeral 23

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

MATRIZ DE RIESGOS



NOMBRE DE LA DEPENDENCIA/ENTIDAD

Logo Institucional

MATRIZ DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL EJERCICIO 20xx

I. EVALUACIÓN RIESGOS (De conformidad con el Título Tercero Capítulo I Fracción III)

No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Objetivos o Metas Institucionales: Selección	Objetivos o Metas Institucionales: Descripción	Proceso	RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo: Selección	Clasificación del Riesgo: Especificar Otro	FACTORES DE RIESGO: No. de Factor	FACTORES DE RIESGO: Descripción	FACTORES DE RIESGO: Clasificación	FACTORES DE RIESGO: Tipo	Posibles impactos o efectos del Riesgo	Valoración Inicial: Grado Impacto	Valoración Inicial: Probabilidad Ocurrencia	Valoración Inicial: Cuadrante

Página 1

AUTORIZO: NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA/ENTIDAD

REVISÓ: NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

ELABORÓ: NOMBRE Y FIRMA DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

NOTA: Las filas deberán combinarse o separarse atendiendo a la cantidad de riesgos detectados por proceso, así como por el número de factores de riesgo para cada

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA/ENTIDAD

Logo Institucional

MATRIZ DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL EJERCICIO 20xx

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES (De conformidad con el Título Tercero Capítulo I Fracción IV)

III. EVALUACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES (De conformidad con el Título Tercero Capítulo I Fracción V)

Mapa de Riesgos (De conformidad con el Título Tercero Capítulo I Fracción VI)

V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES (De conformidad con el Título Tercero

¿Tiene control es?	CONTROL: No.	CONTROL: Descripció	CONTROL: Tipo	Determinación de Suficiencia o Deficiencia del Control: Está Documentada	Está Formalizada	Se Aplica	Es Efectivo	Riesgo Controlado Suficientemente	Valoración Final: Grado de Impacto	Valoración Final: Probabilidad de Ocurrencia	UBICACIÓN EN CUADRANTES: I	II	III	IV	Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)

Página 3

AUTORIZO: NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA/ENTIDAD

REVISÓ: NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

ELABORÓ: NOMBRE Y FIRMA DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Descarga los formatos de MAPA, MATRIZ Y PTAR en:
https://www.sfp.puebla.gob.mx/sistema-de-control-interno-institucional

Numeral 23

ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

PTAR

Logo Institucional

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA/ENTIDAD

PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR) DEL EJERCICIO 20xx

No. de Riesgo	Proceso	Descripción del Riesgo	No. Factor de Riesgo	Factores de Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategias para Administrar los Riesgos	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación

AUTORIZO

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA/ENTIDAD

REVISÓ

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

ELABORÓ

NOMBRE Y FIRMA DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

NOTA: Las filas deberán combinarse o separarseo atendiendo a la cantidad de riesgos detectados por proceso, así como por el número de factores de riesgo para cada riesgo.

Descarga los formatos de MAPA, MATRIZ Y PTAR en:
https://www.sfp.puebla.gob.mx/sistema-de-control-interno-institucional

Numeral 23

ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE CONTROL PARA ADMINISTRAR LOS RIESGOS

1.- Evitar el riesgo: Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, con cambios sustanciales por mejora, rediseño de procesos con controles suficientes y acciones emprendidas.

2.- Reducir el riesgo: Aplica cuando un riesgo ha sido identificado y representa una amenaza para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, proceso o áreas, se establecen acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia y el impacto, tales como medidas específicas de control interno y optimización de procedimientos.

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.

4.- Transferir el riesgo. Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados (Protección o cobertura; Aseguramiento; Diversificación) el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo.

5.- Compartir el riesgo. Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes unidades administrativas de la institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

Numeral 23

SEGUIMIENTO ANUAL AL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Elaboración del **Mapa y Matriz de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)**

Seguimiento trimestral a las acciones de control (**RAT-PTAR**)

El Órgano Interno de Control (OIC) evaluará RAT-PTAR y emitirá el **Informe de Evaluación Trimestral**

La Dependencia/Entidad elaborará un **Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos: Evitar el riesgo, Reducir el riesgo, Asumir el riesgo, o Transferir el riesgo.**

El Órgano Interno de Control emitirá su **opinión al Reporte Anual en la 1ª.S.O.del COCODI del año siguiente.**

Numeral 22.Inicio del proceso y 23.Formalización y etapas de la metodología

III.- Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)

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

Numerales 32-54

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ (COCODI)

Miembros con voz y voto de Dependencias y Entidades

PRESIDENTE
Titular de la Dependencia o Entidad

VOCAL EJECUTIVO
Titular del Órgano Interno de Control-OIC

VOCALES

Con voz pero sin voto

INVITADOS:
- Representante de la CGOIC como invitado permanente
- Enlaces (del SCII, ARI, COCODI)
- Otros Invitados (Titulares de las Unidades Administrativas)

Numerales 33 al 36

➢ **33. DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ. Todas las Instituciones constituirán un Comité, que será encabezado por su Titular y el Titular del Órgano Interno de Control, y se integrarán con los vocales miembros propietarios que tendrán voz y voto:**

SUPLENTES

Numeral 36. De los suplentes

1. Representante Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración
2. Titular área Jurídica
3. Titular área Administrativa
4. Coordinador de Control Interno

(cuando no participe como Presidente Suplente)

En los Organismos Públicos Descentralizados: El Vocal Representante de la Dependencia a la que están sectorizados. No aplica el no. 1

Numeral 32. IMPORTANCIA DE LOS OBJETIVOS DEL COCODI.

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. **Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten.** Cuando se trate de entidades, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones o su equivalente en los organismos públicos descentralizados.

Numeral 37. ATRIBUCIONES DEL COMITÉ.

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el Orden del Día;

II. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos.

III. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño institucional:

a) El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero

b) La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados, y

c) La revisión del cumplimiento de los programas, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.

42. 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.
- Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del trimestre posterior al que se reporta.

43. DE LAS CONVOCATORIAS.

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

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

47. DE LA ORDEN DEL DÍA.

- **En el Comité se analizarán los temas, programas o procesos que presenten o no retrasos en relación con lo programado al trimestre que se informa, derivados de los resultados presupuestarios, financieros, operativos y administrativos.**

ORDEN DEL DÍA

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
V. Cédula de problemáticas o situaciones críticas.
VI. Presentación del Reporte Anual del Análisis del Desempeño de la Dependencia
VII. Desempeño Institucional.
a) Programas Presupuestarios
b) Proyectos de Inversión Pública.
c) Pasivos contingentes.
d) Plan Institucional de Tecnologías de Información.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

47. DE LA ORDEN DEL DÍA.

ORDEN DEL DÍA

VIII. Programas con Padrones de Beneficiarios.
IX. Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.
X. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Informe Anual, PTCI e Informe de Resultados del Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación al Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
b) Reporte de Avances Trimestral del PTCI.
c) Aspectos relevantes del Informe de verificación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

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) b) Reporte de Avance Trimestral del PTAR.
c) c) Aspectos relevantes del Informe de evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

47. DE LA ORDEN DEL DÍA.

ORDEN DEL DÍA

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

a) Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes.
b) b) La descripción de las observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras.

XIII. Seguimiento al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno.
IV. Asuntos Generales.
XV. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

53. ELABORACIÓN DEL ACTA Y DE SU REVISIÓN.

- El Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.
- Los miembros del Comité y, en su caso, los invitados revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios al Vocal Ejecutivo dentro de los 5 días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos se tendrá por aceptado el proyecto y recabará las firmas a más tardar 20 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

Numerales 53 y 54

54. DE LA CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES.

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

¡MUCHAS GRACIAS!

VISITA EL PORTAL ACTUALIZADO DE LA SABG/ÍCONO_SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL EN LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: https://www.sabg.puebla.gob.mx/sistema-de-control-interno-institucional

Coordinación General de Órganos Internos de Control/Área de Control Interno
CIS Angelópolis Edificio Ejecutivo 3er. piso
Tel. (222) 303 46 00 Ext. 293445
ariadna.perez@puebla.gob.mx