ACUERDO NÚMERO CI/OIC/018/2026 DE LA CONTRALORÍA INTERNA, ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL INSTITUTO ELECTORAL DE COAHUILA, MEDIANTE EL CUAL SE EMITEN LAS DISPOSICIONES, MARCO INTEGRADO Y MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DEL INSTITUTO ELECTORAL DE COAHUILA.

Esta Contraloría Interna, Órgano Interno de Control del Instituto Electoral de Coahuila, con fundamento en lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 113, los artículos 3 último párrafo y 27 numeral 5 inciso c) de la Constitución Política del Estado de Coahuila de Zaragoza, vigente; Ley General de Responsabilidades Administrativas, artículos 3 fracción XXI y 15, los artículos 331, 394 numerales 1, 2 y 5 y 398 numeral 1 incisos a), b), c), d), f), g), j), k) y v) del Código Electoral para el Estado de Coahuila de Zaragoza y artículos 78, 79, 79 bis y 80 del Reglamento Interior del Instituto Electoral de Coahuila, vigentes, mediante el cual emiten las disposiciones, marco integrado y manual administrativo de aplicación general en materia de Control Interno del Instituto Electoral de Coahuila, en atención a las siguientes:

C O N S I D E R A C I O N E S

PRIMERO.- Que el Sistema Nacional de Fiscalización, es el conjunto de mecanismos interinstitucionales de coordinación entre los órganos responsables de las tareas de auditoría gubernamental en los distintos órdenes de gobierno, con el objetivo de maximizar la cobertura y el impacto de la fiscalización en todo el país y tiene como propósito establecer acciones y mecanismos de coordinación entre sus integrantes, en el ámbito de sus respectivas competencias, para promover el intercambio de información, ideas y experiencias encaminadas a avanzar en el desarrollo de la fiscalización de los recursos públicos. ----------

SEGUNDO.- Que dicho Sistema Nacional de Fiscalización, se integra por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, las Entidades de Fiscalización Superior Locales, las Contralorías Estatales del país y la Auditoría Superior de la Federación, y considera como uno de sus objetivos principales el impulsar adecuaciones a las disposiciones jurídicas tendentes a fortalecer la aplicación de los recursos presupuestales y de los fondos federales, así como cambios estructurales en el ámbito jurídico que permitan incorporar mejores prácticas en la gestión gubernamental, para lo cual se crearon grupos de trabajo, entre los que se conformó el Grupo de Trabajo de Control Interno, integrado por la persona servidora pública especializada de las Instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Fiscalización. ----------

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

TERCERO.- Que el 20 de noviembre de 2014 el Sistema Nacional de Fiscalización emitió 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 conforme al modelo emitido por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO por sus siglas en inglés), 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, en el ámbito de sus atribuciones. ----------

CUARTO. - Que mediante Decreto No. 913 publicado en el Periódico Oficial del Estado en fecha 11 de agosto del año 2017, se reforma la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales y Municipales del Estado de Coahuila de Zaragoza y se declara que la Ley General de Responsabilidades Administrativas, publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 18 de julio de 2016, será el ordenamiento rector en todo el territorio del Estado, en virtud de la reforma de la ley estatal en la materia. ----------

QUINTO. - Que la Ley General de Responsabilidades Administrativas establece que los Órganos Internos de Control son las unidades administrativas a cargo de promover, evaluar y fortalecer el buen funcionamiento del control interno en los entes públicos, así como aquellas otras instancias de los Órganos constitucionales autónomos que, conforme a sus respectivas leyes, sean competentes para aplicar las leyes en materia de responsabilidades de servidores públicos. ----------

SEXTO. - Que la Constitución Política del Estado de Coahuila de Zaragoza, en su artículo 27 numeral 5 inciso c), mandata que el Instituto Electoral de Coahuila contará con un Contralor Interno con autonomía de gestión, que tendrá a su cargo la fiscalización de todos los ingresos, egresos, manejo, custodia y aplicación de los recursos públicos que ejerza dicha institución. ---

SEPTIMO. – Que el Código Electoral de Coahuila, en sus artículos 331 y 394 establecen que el Instituto Electoral, para su vigilancia contará con una Contraloría Interna, que gozará de autonomía técnica y de gestión, quien tendrá a su cargo la fiscalización de los ingresos y egresos del Instituto. ----------

OCTAVO.- Que la implementación de un Sistema de Control Interno en el Instituto Electoral representa una herramienta fundamental que aportará elementos que, promuevan la consecución de los objetivos institucionales, minimicen los riesgos, reduzcan la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción y fraudes, y consideren la integración de las tecnologías

de información a los procesos institucionales; asimismo respalden la integridad y el comportamiento ético de los servidores públicos, y consoliden los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamentales. ----------

NOVENO. - Que el artículo 80 del Reglamento Interior del Instituto Electoral de Coahuila otorga la facultad a la persona Titular del Órgano Interno de Control para expedir constancias y certificar copias de documentación de su competencia, resolver Procedimientos de Responsabilidad Administrativa, realizar denuncias ante las autoridades competentes, ejercer las atribuciones de autoridad investigadora y autoridad substanciadora en los casos previstos por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, proponer proyectos normativos que regulen instrumentos y procedimientos de control interno, instrumentar los procedimientos regulados por el Código de Ética, el Código de Conducta ambos del Instituto Electoral de Coahuila y demás normativas aplicables, proponer acciones de mejora continua y ser parte del Consejo Estatal de Transparencia conforme a la legislación aplicable, así como para el ejercicio de las atribuciones que las leyes y reglamentos jurídicos le otorgan. ----------

En virtud de lo anteriormente expuesto, fundado y motivado, se tiene a bien emitir el siguiente:

A C U E R D O

ÚNICO. Se emiten las Disposiciones, Marco Integrado y Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno del Instituto Electoral de Coahuila. ----------

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

DISPOSICIONES, MARCO INTEGRADO Y MANUAL ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO.

Artículo 1: Las presentes Disposiciones, tienen por objeto normar la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del Sistema de Control Interno Institucional en el Instituto Electoral de Coahuila.

Artículo 2: En términos del Artículo Primero del Presente Acuerdo, se emiten las siguientes:

DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO
TÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES
CAPÍTULO I

Del Objeto, Definiciones y Ámbito de Aplicación.

1. Base de referencia, objeto y ámbito de aplicación.

La persona servidora pública que ocupe la Titularidad de la Presidencia del Instituto Electoral de Coahuila, así como las demás personas servidoras públicas de niveles jerárquicos superiores adscritos al Instituto Electoral de Coahuila, en sus respectivos niveles competenciales establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia el Marco Integrado de Control Interno (MICI) del Sistema Nacional de Fiscalización, el Sistema Estatal Anticorrupción 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 los efectos de las presentes Disposiciones se entiende por:

I. **Acción(es) de control:** Las actividades determinadas e implantadas por la persona servidora pública que ocupe la Titularidad de la Presidencia del Instituto Electoral de Coahuila, y las demás personas servidoras públicas de niveles jerárquicos superiores adscritos al Instituto Electoral de Coahuila, 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 la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto Electoral de Coahuila, y las demás personas servidoras públicas de niveles jerárquicos superiores adscritos al Instituto Electoral de Coahuila, para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar

y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como para atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional.

III. **Administración**: Las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios del Instituto Electoral de Coahuila.

IV. **Administración de Riesgos (AR):** 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 del Instituto Electoral de Coahuila, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos, preservar el valor institucional 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 de Control Interno Institucional.

VI. **Autocontrol:** La implantación por parte de quienes sean dueños de los procesos, de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos institucionales.

VII. **Carpeta electrónica:** El expediente electrónico 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. **Causa fortuita o de fuerza mayor:** El imprevisto que no es posible evitar o resistir, inimputable a las partes, tal como incapacidad física o intelectual o desaparición.

IX. **Comité y/o COCODI:** El Comité de Control y Desempeño Institucional. Órgano colegiado de la institución que tiene la finalidad de contribuir a la implementación y mejora del Sistema de Control Interno Institucional.

X. **Competencia profesional**: Es la capacidad que deben tener las personas servidoras públicas para el buen desempeño de las responsabilidades asignadas, demostrando su habilidad, conocimiento, dominio, experiencia, preparación y actualización en la materia del cargo que ocupan, incluyendo su compromiso con el logro de los objetivos institucionales.

XI. **Conciliación**: Proceso por medio del cual se acuerda el grado final de una evaluación de control interno, con base en las evidencias, circunstancias y elementos en los que ésta se realiza, entre la persona servidora pública designada como Coordinadora de Control Interno y el Órgano Interno de Control.

XII. **Consejo General**: El Consejo General del Instituto Electoral de Coahuila.

XIII. **Control correctivo (después):** 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.

XIV. **Control detectivo (durante):** El mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado.

XV. **Control Interno (CI):** El proceso efectuado por la persona servidora pública que ocupe la Titularidad de la Presidencia del Instituto Electoral de Coahuila, el Consejo General, la persona titular de la Secretaría Ejecutiva y las demás personas servidoras públicas adscritas al Instituto Electoral de Coahuila, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad.

XVI. **Control preventivo (antes):** El mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de las metas y objetivos institucionales.

XVII. **Debilidad (es) de control interno:** La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los Órganos Fiscalizadores.

XVIII. **Disposiciones:** Las Disposiciones, Marco Integrado y Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno del Instituto Electoral de Coahuila.

XIX. **Economía:** Gestionar y administrar eficaz y eficientemente los recursos para satisfacer las necesidades de la ciudadanía.

XX. **Eficacia:** El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad.

XXI. **Eficiencia:** El logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos.

XXII. Elementos de control: Acto u operación cuyo objetivo es asegurar el adecuado funcionamiento, implementación, operación y seguimiento del Sistema de Control Interno Institucional.

XXIII. Estándares de evaluación: Las preguntas asociadas a cada elemento de control interno, que permiten su valoración específica, por grado de cumplimiento.

XXIV. Evaluación Anual de Resultados de CI: La evaluación al Informe Anual de CI, por parte del Órgano Interno de Control.

XXV. Evaluación al RAC del PTCI: La evaluación a cada aspecto incluido en el Reporte de Avances Cuatrimestrales del Programa de Trabajo de Control Interno, por parte del Órgano Interno de Control.

XXVI. Evaluación al RAC del PTAR: La evaluación a cada aspecto incluido en el Reporte de Avances Cuatrimestrales del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, por parte del Órgano Interno de Control.

XXVII. Evaluación del Sistema de Control Institucional: Herramienta mediante la cual se desarrolla un proceso para medir el grado en que se cumplen las normas generales de control interno, sus principios y sus elementos, se analizan y se concilian los resultados con base en las evidencias, y de la cual se deriva el Programa de Trabajo de Control Interno Institucional.

XXVIII. Factor(es) de riesgo: La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice.

XXIX. 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 pueden dañar los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, derivado de acciones contrarias a la integridad, conforme a la metodología que en su caso establezca el OIC para tal fin.

XXX. Impacto o efecto: Las consecuencias negativas que se generarían en el Instituto Electoral de Coahuila, en el supuesto de materializarse el riesgo.

XXXI. Informe Anual de CI: El informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.

XXXII. Informe Anual de CR: El reporte anual que integra el seguimiento al comportamiento de los riesgos institucionales.

XXXIII. Instituto: El Instituto Electoral de Coahuila.

XXXIV. Líneas de reporte: Las líneas jerárquicas de comunicación internas y externas, a todos los niveles de la organización que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones.

XXXV. Mapa de riesgos: La representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en la forma clara y objetiva.

XXXVI. Marco Integrado de Control Interno: Conjunto de normas generales de control interno, sus principios y elementos de control, los niveles de responsabilidad, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al Sistema de Control Interno Institucional.

XXXVII. Matriz de Administración de Riesgos (MAR): 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.

XXXVIII. Matriz de Indicadores de Resultados (MIR): 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 Nacional de Desarrollo y sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos del Instituto; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño.

XXXIX. Medio de verificación: La evidencia y/o el instrumento auditable, a través del cual se acredita el cumplimiento de los requisitos de los objetivos de gestión, estrategias y/o acciones, elementos de control, estándares de evaluación, etc.

XL. Mejora continua: Proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica.

XLI. Metodología de Administración de Riesgos: Conjunto de métodos que permiten identificar eventos potenciales que pueden afectar el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas del Instituto, a efecto de reducir, o eliminar el riesgo dentro de los límites aceptados, proporcionando una seguridad razonable de su cumplimiento; establecida por el OIC y en su caso complementada por el Instituto.

XLII. Objetivos Institucionales: Objetivos específicos, establecidos por la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto o el Consejo General y que se encuentran alineados a lo dispuesto por la normativa aplicable al Instituto Electoral de Coahuila.

XLIII. Órgano Interno de Control (OIC): La Contraloría Interna, Órgano Interno de Control del Instituto Electoral de Coahuila, dotado de autonomía técnica y de gestión para decidir sobre su funcionamiento y resoluciones; encargado de prevenir, corregir, investigar y calificar actos u omisiones que pudieran constituir responsabilidades administrativas de las personas servidoras públicas del Instituto Electoral y de particulares vinculados con faltas graves; revisar el ingreso, egreso, manejo, custodia y aplicación de los recursos públicos; así como presentar las denuncias por hechos u omisiones que pudieran ser constitutivos de delito ante las autoridades correspondientes; y que tiene además a su cargo, la fiscalización de los ingresos y egresos del Instituto.

XLIV. Órganos o Instancias Fiscalizadoras: Las autoridades federales o estatales que, en términos de las disposiciones legales aplicables, están facultadas para llevar a cabo la fiscalización de recursos públicos.

XLV. Procesos administrativos: Aquellos necesarios para la gestión interna de los recursos humanos, financieros, materiales y de tecnologías de la información y comunicación, de las instancias que dan soporte a los procesos sustantivos.

XLVI. Procesos sustantivos: Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas del Instituto, es decir, con el cumplimiento de su misión, mandato u objeto de creación.

XLVII. Probabilidad de ocurrencia: La estimación de que se materialice un riesgo en un periodo determinado.

XLVIII. Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR): La herramienta que integra las acciones de atención y seguimiento a las estrategias de respuesta para administrar los riesgos, en un periodo determinado.

XLIX. Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR): La herramienta que integra las acciones de atención y seguimiento a las estrategias de respuesta para administrar los riesgos en un período determinado.

L. Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI): La herramienta que integra las estrategias y acciones para atender y dar seguimiento a las mejoras institucionales prioritarias, en un periodo determinado.

LI. Programa presupuestario: La categoría programática que organiza en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas.

LII. Quórum legal: Número mínimo de asistentes necesario para sesionar válidamente en el Comité a fin de poder tomar decisiones o realizar votaciones legítimas de los asuntos que se desahogan.

LIII. Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR (RAC PTAR): El reporte que integra el seguimiento cuatrimestral al cumplimiento de las acciones establecidas en el PTAR.

LIV. Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI (RAC PTCI): El reporte que integra el seguimiento cuatrimestral al cumplimiento de las acciones establecidas en el PTCI.

LV. Reporte del Desempeño Institucional: Conjunto de elementos que permiten monitorear y cuantificar objetivamente de manera integral el desempeño del Instituto, en relación con el estado de los aspectos estratégicos más relevantes, que se prepara y se presenta en cada sesión del Comité.

LVI. Riesgo: El evento adverso e incierto (externo o interno) que, derivado de la combinación de su probabilidad de ocurrencia y el posible impacto, pudiera obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales.

LVII. 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 o cargo o comisión, se dañen los intereses del Instituto, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, derivado de acciones contrarias a la integridad; 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.

LVIII. Seguridad razonable: El alto nivel de confianza, mas no absoluta, de que las metas y objetivos del Instituto serán alcanzados.

LIX. Sesión(es) virtual(es): La celebrada a través de medios electrónicos de comunicación a distancia que permiten la transmisión simultanea de voz e imagen.

LX. Sistema de Control Interno Institucional (SCII): El conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una Institución a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley.

LXI. Sistema de información: El conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control del Instituto.

LXII. Sistema Informático: La herramienta electrónica y automatizada, administrada por el Órgano Interno de Control para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones.

LXIII. Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC's): El conjunto de herramientas relacionadas con la transmisión, procesamiento y almacenamiento digitalizado de la información.

LXIV. Unidades administrativas: Las comprendidas en el reglamento interior del Instituto, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente.

LXV. Unidad Rectora de Control Interno: Unidad administrativa o persona (s) integrante (s) del Órgano Interno de Control, a quien (es) por atribuciones le compete promover, coordinar y supervisar el cumplimiento y fortalecimiento del Sistema Estatal de Control Interno en el Instituto Electoral de Coahuila.

CAPÍTULO II
Responsables de su Aplicación y Vigilancia

3.- Responsables de su aplicación.

Será responsabilidad de la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto Electoral de Coahuila y específicamente de las personas servidoras públicas responsables de los procesos sustantivos y administrativos y demás servidoras y servidores públicos del Instituto, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno Institucional, evaluar y supervisar su funcionamiento, ordenar las acciones para su mejora continua, instrumentar los mecanismos y procedimientos específicos, contar con el conocimiento necesario y estar en constante capacitación en la materia, atender a las reuniones conforme lo establezca el OIC y demás acciones que se requieran para la debida observancia de las presentes Disposiciones.

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

4.- Designación de coordinador y enlaces.

La persona servidora pública que ocupe la Titularidad del Instituto Electoral de Coahuila designará mediante oficio dirigido a la persona servidora pública Titular del Órgano Interno

de Control, a una servidora o servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior al suyo como coordinador de control interno y designará a tres servidoras o servidores públicos de nivel jerárquico inmediato inferior al de coordinador, con los siguientes roles: una persona servidora pública que será enlace de Control Interno, una persona servidora pública enlace de Administración de Riesgos y una persona servidora pública como enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional, respectivamente con el objeto de asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones.

Se podrá nombrar a una persona servidora o servidor público como enlace en más de uno de los citados roles, pero al menos deberán designarse dos para la totalidad de estos.

En todo momento, se deberá informar mediante oficio dirigido a la persona servidora pública Titular del Órgano Interno de Control el alta, baja o cambio de los enlaces designados, dentro de los 10 días hábiles posteriores a que se efectúen.

Los datos que deberán incluir por cada persona servidora pública designada serán: nombre completo, plaza y/o cargo que ocupa en el Instituto, correo electrónico y número telefónico de contacto, así como rol específico que desempeñará, conforme a los párrafos anteriores.

5.- De su vigilancia y asesoría.
El Órgano Interno de Control, de acuerdo con la normatividad aplicable, conforme a sus respectivas atribuciones, será responsable de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las presentes Disposiciones; adicionalmente en el ámbito de su competencia, otorgará la asesoría y apoyo que corresponda para la implementación y funcionamiento del SCII.

TÍTULO SEGUNDO
MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO
CAPÍTULO I
Estructura del Marco

6. Estructura general del Marco Integrado de Control Interno
El Marco Integrado de Control Interno, que constituye el conjunto de condiciones ideales para llevar a cabo el SCII, se compone de diversos aspectos, relacionados como sigue:

Niveles de Responsabilidad	Categorías	Normas generales de Control Interno	Elementos de Control*	Principios*	Normas de Conducta / Debes*
Titular Administración Coordinador Enlaces OIC Todas (os)	I. Operación II. Información III. Cumplimiento IV. Salvaguarda	1. Ambiente de Control.	1 al 8	1 al 5	1.01 al 1.11 2.01 al 2.11 3.01 al 3.11 4.01 al 4.07 5.01 l 5.06
		2. Administración de Riesgos.	9 al 12	6 al 9	6.01 al 6.06 7.01 al 7.08 8.01 al 8.06 9.01 al 9.04
		3. Acciones de Control.	13 al 24	10 al 12	10.01 al 10.13 11.01 al 11.17 12.01 al 12.04
		4. Información y Comunicación.	25 al 30	13 al 15	13.01 al 13.05 14.01al 14.07 15.01 al 15.08
		5. Supervisión y Mejora Continua.	31 al 33	16 al 17	16.01 al 16.09 17.01 al 17.05

*El detalle de los aspectos antes mencionados, se incluye en el **ANEXO** correspondiente, al final del presente documento. Los Elementos de Control se asocian a los principios de control interno, en la Cédula de Evaluación que establece el Órgano Interno de Control para tal fin.

Para cada elemento de control, el Órgano Interno de Control establecerá los estándares de evaluación aplicables.

7. Objetivo de control interno.

El control interno tiene como objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas del Instituto Electoral, dentro de las siguientes categorías:

I. Operación: Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos.
II. Información: Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación.
III. Cumplimiento: Observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones; y
IV. Salvaguarda: Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

CAPÍTULO II
Responsabilidades y funciones en el Sistema de Control Interno Institucional

8. Responsabilidades y funciones.

El control interno es responsabilidad de la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto, quien lo implementa con apoyo de la Administración (mandos superiores y medios) y del resto de personas servidoras públicas, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

8.1 Genéricas.

Las personas servidoras públicas del Instituto Electoral son responsables de:

a) Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificados en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables.

b) 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 las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua.

8.2 De la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto.

a) Determinarán las metas y objetivos del Instituto, como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. Tanto en la definición de las metas y objetivos, como en la identificación de los procesos prioritarios, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión, así como el cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

b) Establecerán y mantendrán un SCIl 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) La persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto supervisará que la evaluación de la aplicación del Control Interno se realice por lo menos una vez al año, aprobará el resumen debidamente conciliado.

d) La persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto deberá de tener el conocimiento y de igual manera asegurar que lo tenga las demás personas servidoras públicas en el ámbito de su competencia, en materia de control interno y administración de riesgos.

e) La persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto acordará con la persona servidora pública Titulad del OIC los ajustes adicionales que en su caso considere necesarios aplicar en la metodología de administración de riesgos.

f) La persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto se asegurará de conformar el grupo de trabajo y presidir las sesiones necesarias para iniciar y concluir el proceso de administración de riesgos institucional, en conjunto con la persona servidora pública Coordinadora de Control Interno y la persona servidora pública que funja como Enlace de Administración de Riesgos.

g) La persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto instruirá a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción, acorde a la metodología específica que determine el OIC para tal fin. 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.

h) Mantendrán en constante monitoreo los riesgos que puedan obstaculizar el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos de la institución, actualizando en su caso la Matriz de Riesgos, además de supervisar periódicamente su atención.

i) La persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto supervisará que al cierre del cuatrimestre y/o del año respectivo, se elaboren los informes correspondientes de control interno y de riesgos.

j) La persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto aprobará el PTCI y el PTAR, así como sus respectivas actualizaciones, para garantizar y vigilar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención.

k) La persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto deberá firmar el Resumen de Evaluación Conciliada, el PTCI, la Matriz y Mapa de Riesgos, el PTAR, así como los Informes anuales, y en su caso, presentar los aspectos más relevantes ante el Consejo General.

l) Verificarán que el SCII se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, y cómo se atienden las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas.

8.3 De la persona servidora pública nombrada como Coordinadora de Control Interno.

En el Sistema de Control Interno Institucional:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con el Instituto y el OIC, en la capacitación, implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII.

b) Acordar con la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto, las acciones para la implementación y operación del Marco Integrado de Control Interno.

c) Identificar y/o validar con la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto, los procesos prioritarios de la Institución.

d) Coordinar la aplicación de la evaluación de Control Interno, tanto institucional como en los procesos prioritarios del Instituto, además de asegurar la integración de la evidencia correspondiente.

e) Revisar la Cédula de Evaluación de Control Interno, el Informe Anual, el PTCI actualizado y los reportes de avances cuatrimestrales del PTCI, junto con la persona servidora pública Enlace de Control Interno.

f) Presentar para firma de la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto, el Resumen de Evaluación Conciliada, el PTCI, el Informe Anual del estado que guarda el SCII, así como los oficios de formalización que correspondan.

g) Firmar los Reportes de Avances Cuatrimestrales al PTCI y remitirlos para su evaluación al OIC.

h) Difundir oportunamente el PTCI actualizado, instruir su implementación a los responsables de las acciones de mejora comprometidas, así como elaborar y firmar los reportes de avances cuatrimestrales.

i) Verificar que los enlaces incorporen en los medios establecidos para tal fin, los informes, reportes, evaluaciones y demás herramientas de Control Interno que se requieran.

j) Ser responsable del resguardo físico de los documentos originales, derivados de las herramientas establecidas por el OIC, que respaldan la operación y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional en el Instituto.

k) Mantener disponible la información señalada en los incisos anteriores, para cualquier instancia fiscalizadora que lo requiera.

En la Administración de Riesgos:

l) Acordar con la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto cuáles estrategias, objetivos y/o metas que, alineados a programas, proyectos y procesos institucionales, serán considerados en la elaboración de la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

m) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos establecida se difunda y se constituya como un proceso sistemático formalmente en todas sus áreas administrativas.

n) Convocar a las y los Titulares de todas las unidades administrativas del Instituto, a quién represente al OIC y a la persona servidora pública Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que elaborará la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

o) Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes disposiciones y ser el canal de comunicación e interacción con la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto y la persona servidora pública que funja como Enlace de Administración de Riesgos.

p) Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, de PTAR, los reportes de avance cuatrimestral del PTAR y el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos con la persona servidora pública que funja como Enlace de Administración de Riesgos.

q) Presentar para firma de la persona servidora pública Titular de la Presidencia del Instituto, la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR, y el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos, así como los oficios de formalización que correspondan.

r) Difundir oportunamente la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR institucionales, e instruir y dar seguimiento a la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas, así como elaborar y firmar los reportes de avance cuatrimestral.

s) Instruir a la persona servidora pública que funja como Enlace de Administración de Riesgos para que proceda a registrar los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR Institucionales determinados en el Comité, según corresponda.

t) Verificar que se incorporen en el sistema informático o en los medios establecidos para tal fin, los informes, reportes, evaluaciones y demás herramientas de Administración de Riesgos.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

u) Determinar, de manera conjunta quien ocupe la Presidencia y la o 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 del Instituto.

v) Requerir a los involucrados, la información necesaria para el Reporte del Desempeño Institucional o bien, de cualquier tema adicional contemplado para su desahogo durante la sesión.

w) Revisar y validar con quien ocupe la Presidencia del Comité, que la información del desempeño institucional, y del SCII que se presentará en la sesión, sea suficiente, relevante, pertinente y competente.

x) Instruir a la persona servidora pública que funja como Enlace COCODI para asegurar la integración de la información en la carpeta electrónica, previo a la celebración de cada sesión, así como su difusión oportuna a los convocados.

8.4 De la persona servidora pública que funja como Enlace de Control Interno.

a) Ser canal de comunicación e interacción entre la persona servidora pública Coordinadora de Control Interno y las unidades administrativas del Instituto.

b) Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las unidades administrativas realicen la evaluación institucional y/o de sus procesos prioritarios, y en su caso, firmar el resumen conciliado.

c) Revisar con las personas servidoras públicas 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.

d) Elaborar el proyecto del PTCI y del Informe Anual para revisión de la persona servidora pública Coordinadora de Control Interno.

e) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI con las recomendaciones de las áreas internas o de instancias de vigilancia y fiscalización externas para revisión de la persona servidora pública Coordinadora de Control Interno.

f) Solicitar a las personas servidoras públicas Titulares de las unidades administrativas involucradas, que remitan la información pertinente para la elaboración del proyecto de Reporte de Avance Cuatrimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo a la persona servidora pública Coordinadora de Control Interno para su aprobación.

g) Remitir a la persona servidora pública Coordinadora de Control Interno la información institucional consolidada para su revisión y validación.

h) Incorporar los documentos señalados en los incisos anteriores, que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones, en el sistema informático o en los medios establecidos para tal fin.

i) Instrumentar permanentemente acciones de capacitación para que las personas servidoras públicas del Instituto cuente con el conocimiento necesario para la operación y el fortalecimiento del SCII.

8.5 De la persona que funja como Enlace de Administración de Riesgos.

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre la persona Coordinadora de Control Interno y las unidades administrativas responsables de la administración de riesgos.

b) Informar y orientar a las unidades administrativas sobre la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos, metas, proyectos y programas 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 a la persona Coordinadora de Control Interno los proyectos institucionales de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR y el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos.

d) Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el reporte de avance cuatrimestral, firmando en su caso las actualizaciones correspondientes.

e) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por las o los servidores públicos de la Institución, así como los determinados por el Comité o Consejo General, según corresponda.

f) Incorporar en el sistema informático o en los medios establecidos para tal fin, la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR; e Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos.

g) Instrumentar permanentemente acciones de capacitación para que el personal del Instituto cuente con el conocimiento necesario en materia de administración de riesgos.

8.6 De la persona que funja como Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional.

a) Ser canal de comunicación e interacción entre la persona Coordinadora de Control Interno y las unidades administrativas del Instituto.

b) Elaborar en conjunto con las personas enlaces de Control Interno y Administración de Riesgos, el proyecto de aspectos y avances relevantes del SCII que serán presentados al Comité.

c) Integrar la información institucional consolidada para cada sesión en la carpeta electrónica, y remitirla a la persona Coordinadora de Control Interno para su revisión y validación.

d) Difundir la carpeta electrónica, para su consulta por los convocados al Comité, asegurando que la reciben en tiempo y forma.

e) Remitir los acuerdos tomados durante la sesión a los responsables de su atención.

f) Registrar en la carpeta electrónica el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité, así como las actas y sus anexos respectivos.

g) Instrumentar permanentemente acciones de capacitación para que el personal del Instituto cuente con el conocimiento necesario sobre el funcionamiento y operación del Comité.

8.7. Del Órgano Interno de Control.

En el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Asesorar y apoyar al Instituto de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII.

b) Participar en la conciliación de la evaluación de Control Interno, verificando la existencia y suficiencia de evidencia de cada elemento de control.

c) Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, se cumplan en tiempo y forma.

d) Evaluar y emitir su opinión sobre los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTCI y al Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.

En la Administración de Riesgos:

e) Apoyar al Instituto de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos.

f) Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos.

g) Emitir opiniones no vinculantes a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto se constituyan.

h) Evaluar y emitir su opinión sobre los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTAR.

En las sesiones del Comité:

i) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité su opinión y/o comentarios sobre el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos.

CAPÍTULO III
Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional
Sección I
Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional

9. De la evaluación del SCII.

El SCII deberá ser evaluado anualmente, por las y los servidores públicos 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, elementos de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

La evaluación del SCII deberá abarcar el cumplimiento normativo, el impacto en el desempeño institucional y el seguimiento a las recomendaciones que se deriven de la evaluación del Órgano Interno de Control.

Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control a nivel institucional, considerando:

1. Los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) que determine el Instituto, conforme a su mandato y características.
2. Los proyectos o programas prioritarios así determinados por la persona Titular de la Presidencia del Instituto.

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

3. Los proyectos, programas o procesos vulnerables a la corrupción así considerados por el Órgano Interno de Control.
4. Los que determine el Instituto, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

9.1 De la matriz de los procesos, proyectos o programas prioritarios.

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), proyecto o programa, utilizando alguno o varios de los siguientes criterios:

a) Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en los Planes de Desarrollo y programas sectoriales, regionales, institucionales, especiales o transversales en los que participe el Instituto.

b) Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos del Instituto

c) Genera beneficios a la población (mayor rentabilidad social) o están relacionados con la entrega de subsidios.

d) Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan a la ciudadanía, en especial permisos, licencias y concesiones.

e) Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.

f) Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.

g) Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.

h) Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático administrado por el propio Instituto.

El Instituto deberá elaborar una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar por lo menos cinco procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), proyectos y/o programas, en los cuales realizará la evaluación del SCII; para ello deberá incluir al menos los siguientes conceptos:

Nombre del Proceso Prioritario, Proyecto o Programa	Tipo Sustantivo / Administrativo	Unidad Administrativa (Dueña o dueño del proceso, proyecto o programa)	Criterios de Selección								Estrategia, Objetivo o Meta Institucional al que se encuentra alineado
			a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)	
Proceso 1											
Proceso 2											
Proceso 3											
Proceso 4											
Proceso 5											

Dentro del mínimo a considerar, deberán quedar incluidos por lo menos 2 procesos sustantivos.

La matriz de los procesos prioritarios podrá ser actualizada con motivo de las recomendaciones formuladas por el Órgano Interno de Control o derivado del establecimiento de mejoras por parte de la propia institución y deberá ser firmada por la persona Titular de la Presidencia del Instituto y la persona Coordinadora de Control Interno.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá remitirla al Órgano Interno de Control.

9.2 De la Evaluación de la aplicación del Control Interno.

El Órgano Interno de Control definirá las fechas en que se realizarán las Evaluaciones de Control Interno y proporcionará en su caso, el listado de componentes a ser evaluados ya sea en forma genérica o especifica.

La Evaluación del Control Interno se llevará a cabo a través de una cédula que establece varias etapas:

a) Autoevaluación, que se realiza únicamente por parte de la institución.
b) Análisis del Órgano Interno de Control.
c) Evaluación Conciliada, que se realiza entre ambas partes.

9.3 De la autoevaluación.

Para identificar debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan supervisar y fortalecer el SCII, el Instituto deberá realizar al menos una vez al año, un proceso de autoevaluación.

Este proceso se realizará valorando 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 elementos de control y sus respectivos estándares de evaluación.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá implementar acciones concretas para asegurar que las y los responsables de las unidades administrativas apliquen la autoevaluación en la institución y/o en los procesos (sustantivos y administrativos), programas o proyectos seleccionados en la matriz, como base para comprometer acciones de mejora en el Programa de Trabajo de Control Interno.

Se podrán realizar tantas autoevaluaciones como se decida por parte del Instituto, para evaluar y documentar la mejora de sus resultados, el desempeño de su SCII y/o la eficiencia gubernamental.

Una vez concluida la autoevaluación por parte del Instituto, el Coordinador deberá remitir al Órgano Interno de Control, el Resumen de Autoevaluación con su firma y la de la persona que funja como Enlace de Control Interno, la cédula con la calificación obtenida, así como las evidencias documentales y/o electrónicas que comprueban el grado de cumplimiento de cada estándar evaluado.

La evidencia original deberá ser resguardada por las y los dueños de los procesos que las generan, y mantenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que lo soliciten.

9.4 Del análisis, la evidencia y sus características.

El Órgano Interno de Control procederá al análisis de la autoevaluación, para validar que la evidencia documental y/o electrónica presentada en cada uno de los estándares de evaluación, cumpla con las siguientes características:

1. Competente. Cuando reúne las características de viabilidad y validez.
2. Pertinente. Cuando existe una relación o correspondencia directa con el elemento de control y el cumplimiento de sus condiciones.
3. Suficiente. Cuando la cantidad de evidencias comprueben la existencia del elemento de control.
4. Relevante. Cuando existe una relación significativa entre la evidencia y el uso establecido a través de las autoridades correspondientes.

El Órgano Interno de Control difundirá a través de la herramienta vigente, el listado de evidencias documentales y/o electrónicas enunciativas, más no limitativas, para sustentar la aplicación de cada elemento de control, las cuales podrán ser consideradas o complementadas con otras que el propio Instituto tenga establecidas para comprobar que cumple con las condiciones de cada estándar de evaluación.

9.5 De la evaluación conciliada.

Con base en los resultados obtenidos de su análisis, el Órgano Interno de Control procederá a conciliar con la persona Coordinadora de Control Interno las calificaciones de grado final de cada estándar de evaluación, y emitir el Resumen de la Cédula Conciliada.

En caso de alguna diferencia de opinión, se deberán documentar las observaciones al respecto. Una vez concluida la conciliación de la evaluación, se procederá a las firmas correspondientes por parte de la persona Titular de la Presidencia del Instituto, el Órgano Interno de Control, la persona Coordinadora de Control Interno, así como la persona que funja como Enlace de Control Interno.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá:

a) Remitirlo al Órgano Interno de Control, debidamente signado, al menos una vez al año conforme a la cronología establecida, o bien, cada vez que se genere una nueva evaluación conciliada por parte de la institución.

b) Presentarlo al Comité, en su siguiente sesión ordinaria.

Sección II
Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional

10. De la Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá implementar acciones concretas para la integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno. Quien sea responsable o dueño del proceso deberá establecer y comprometer acciones derivadas de la evaluación.

EI PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SCII, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes, también deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de mejora, la unidad administrativa y el responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización de la persona Titular de la Presidencia del Instituto, de revisión de la persona Coordinadora de Control Interno y de elaboración de la persona que funja como Enlace de Control Interno.

Las acciones de mejora deberán programarse para ser concluidas a más tardar al cierre de cada cuatrimestre respectivamente; en caso contrario, se documentarán y presentarán en el Comité las justificaciones correspondientes, así como considerar los aspectos no atendidos, en la siguiente evaluación anual de Control Interno y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCI.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá:

a) Remitirlo al Órgano Interno de Control, debidamente signado, al menos una vez al año conforme a la cronología establecida, o bien, cada vez que se genere una actualización por parte de la institución.

b) Presentarlo al Comité, en su siguiente sesión ordinaria.

10.1 Actualización del PTCI.

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

11. Del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI, deberá realizarse periódicamente por la persona Coordinadora de Control Interno para informar cuatrimestralmente a la persona Titular de la Presidencia del Instituto el resultado, a través del Reporte de Avance Cuatrimestral, 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 y el Consejo General, según corresponda.

c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas, su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno; y

d) El reporte deberá presentarse por escrito, con firma de la persona Coordinadora de Control Interno y anexando el PTCI, donde se especifique el porcentaje de avance.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá:

a) Remitirlo al Órgano Interno de Control, dentro de los 10 días hábiles posteriores al cierre de cada cuatrimestre, para que esa instancia pueda dar seguimiento a los medios de verificación y emitir la evaluación correspondiente.

b) Presentarlo al Comité, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada cuatrimestre.

11.1 De la evidencia documental.

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

12. De la Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI.

El Órgano Interno de Control realizará la Evaluación del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI, la cual deberá contener al menos lo siguiente:

a) Observaciones respecto al avance y cumplimiento de las acciones comprometidas, descritas en el reporte correspondiente.

b) Recomendaciones para el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas que presenten algún tipo de problemática, o respecto a las propuestas de solución presentadas.

c) Conclusiones generales sobre el Reporte de Avance Cuatrimestral del PCI evaluado.

La Evaluación deberá elaborarse, con firma autógrafa de la persona Titular del Órgano Interno de Control. y:

a) Remitirse a la persona Coordinadora de Control Interno, dentro de los 10 hábiles posteriores a la recepción del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI; y

b) Presentarse al Comité, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada cuatrimestre.

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

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

I. Aspectos relevantes derivados de la o las evaluaciones conciliadas

a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y principios evaluados; en su caso, comparado con evaluaciones anteriores.

b) Análisis del comportamiento de los grados de calificación y/o porcentajes de cumplimiento de las cinco normas generales, así como de aquellos elementos de control que presenten mayores debilidades o áreas de oportunidad.

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. Análisis del impacto en la eficiencia del desempeño institucional, derivado de la aplicación del Sistema de Control Interno Institucional.

IV. Compromisos para llevar a cabo las acciones necesarias para el fortalecimiento de la gestión institucional.

El Órgano Interno de Control podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al 31 de enero de cada año, por caso fortuito o causas de fuerza mayor.

El Informe Anual deberá ser firmado por la persona Titular del Instituto, y:

a) Remitido al Órgano Interno de Control, a más tardar el 31 de enero de cada año.

b) Presentado al Comité en la primera sesión ordinaria, de cada año calendario; y

c) Presentado ante el Consejo General, en su siguiente sesión ordinaria.

14. De la Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual del estado que guarda el SCII.

El Órgano Interno de Control emitirá una Evaluación al Informe Anual, la cual debe contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

I. Particularidades más relevantes señaladas por la persona Titular del Instituto en el Informe Anual, así como que contenga los elementos mínimos requeridos por las presentes disposiciones.
II. La variación en los resultados obtenidos derivados de las evaluaciones conciliadas, cuando exista más de una.
III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o

en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional.

IV. El porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora programadas respecto a las alcanzadas, así como en su caso, de las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones propuestas en el PTCI del ejercicio inmediato anterior.

V. El diseño, implementación y eficacia operativa del SCII.

VI. Conclusiones y recomendaciones, con énfasis del impacto en la eficiencia del desempeño institucional, derivado de la aplicación del Sistema de Control Interno Institucional.

El Órgano Interno de Control llevará a cabo la evaluación del Informe Anual, con base en la última versión oficial del PTCI, de la Evaluación Conciliada y/o cualquier otro reporte o información relativa a la aplicación del Sistema de Control Interno Institucional que requiera para tal fin.

La Evaluación deberá contener la firma autógrafa del Órgano Interno de Control, y ser:

a) Remitida a la persona Titular de la Presidencia del Instituto, a más tardar el último día hábil del mes de febrero.

b) Presentada al Comité y en su caso al Consejo General, en su siguiente sesión ordinaria.

Las personas servidoras públicas responsables de las unidades administrativas y/o procesos del Instituto, deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el Órgano Interno de Control, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

TÍTULO TERCERO
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
CAPÍTULO I
Proceso de Administración de Riesgos
Sección I
Metodología de Administración de Riesgos

El proceso de administración de riesgos requiere la conformación de un Grupo de Trabajo, presidido invariablemente por la persona Titular de la Presidencia del Instituto Electoral de Coahuila en el que participen las y los Titulares de todas las unidades administrativas del Instituto, la persona Titular del Órgano Interno de Control, la persona que funja como Enlace de Administración de Riesgos y la persona que funja como Enlace de Control Interno.

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

La metodología general de administración de riesgos aquí contenida cuenta con las siete etapas que se describen a continuación. Sin embargo, en caso de requerir alguna etapa o actividad adicional a la metodología establecida, ésta deberá estar debidamente aprobada por la persona Titular de la Presidencia del Instituto y documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos, además de presentarse y quedar validada formalmente ante el Órgano Interno de Control previo a su implementación.

15. Etapas de la Metodología de Administración de Riesgos.
La metodología a utilizar deberá incluir por lo menos las siete etapas que a continuación se describen.

I. La comunicación y consulta.

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Considerar misión y visión, los indicadores, las metas y objetivos del Instituto, los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos, los proyectos y programas estratégicos clasificados con el carácter de prioridad por parte del Instituto.
b) Definir las bases y criterios que se deben considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, las acciones de control que se adopten para su tratamiento, sin perder de vista el nivel más estratégico del Instituto.
c) Definir las bases y los criterios que se deben considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, las acciones de control que se adopten para su tratamiento, sin perder de vista el nivel más estratégico del Instituto.
d) Identificar los procesos, procedimientos o actividades susceptibles a riesgos de corrupción, conforme a la metodología que establezca el Órgano Interno de Control para tal fin.

Lo anterior debe tener como propósito:

1. Establecer un contexto apropiado.
2. Asegurar que los objetivos, metas, proyectos, programas y procesos del Instituto sean comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos.
3. Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción; y:
4. Constituir un Grupo de Trabajo en donde estén representadas todas las áreas del Instituto para la adecuada identificación de los riesgos.

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

II. Contexto.

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 Instituto, a nivel internacional, nacional y regional.
b) Describir las situaciones intrínsecas del Instituto 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 Instituto, a fin de contar con un conjunto sistemático de eventos adversos de realización incierta que tienen el potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este conjunto deberá utilizarse como referencia en la identificación y definición de los riesgos.
d) Hacer referencia al comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en los relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales. Tendrán esa misma consideración las observaciones emitidas por los entes fiscalizadores con el propósito de evitar su recurrencia.
e) Desarrollar el análisis de contexto utilizando una matriz en la que se describan los siguientes conceptos: objetivo, proyecto, programa, proceso o estrategia a ser evaluado; factores del contexto externo e interno, riesgo e impacto en caso de materialización del riesgo.

III. Evaluación de riesgos.

Se realizará conforme a lo siguiente:

1. Identificación, selección y descripción de riesgos. Con base en los resultados del análisis del contexto se lleva a cabo la identificación de los riesgos con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucionales.

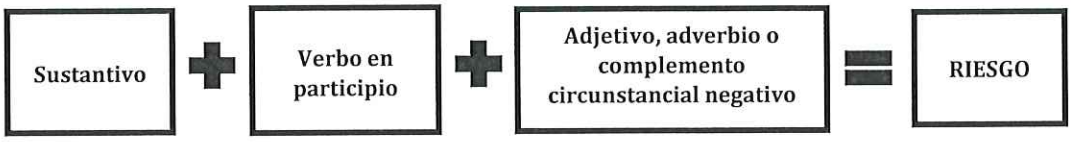
   - Algunas de las técnicas que se podrán utilizar en la identificación de los riesgos son: talleres de autoevaluación; mapeo de procesos; análisis del entorno; lluvia de ideas; entrevistas; análisis de indicadores de gestión, desempeño o de riesgos; cuestionarios; análisis comparativo y registros de riesgos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

   - En la descripción de los riesgos se deberá considerar la siguiente estructura general: sustantivo, verbo en participio y, adjetivo o adverbio o complemento circunstancial

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

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

Ejemplo: Información confidencial vulnerada por personas no autorizadas.



2. Nivel de decisión de riesgo. Se identificará el nivel organizacional de decisión que requiere el tratamiento del riesgo identificado de acuerdo con lo siguiente:

   - Estratégico y/o de corrupción: Requiere la toma de decisiones del más alto nivel institucional ya sea por la persona Titular de la Presidencia del Instituto, el Consejo General, o por el equipo de alta dirección en forma colegiada ya que, en caso de materializarse puede afectar negativamente y en forma sensible el cumplimiento de su misión, visión, objetivos estratégicos, finanzas, reputación o la interrupción prolongada de su operación.

   - Directivo: Generalmente pueden ser atendidos por los mandos directivos que reportan en forma directa por la persona Titular de la Presidencia del Instituto, porque su materialización puede impactar negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos del Instituto.

     La persona Titular de la Presidencia del Instituto, debe tener conocimiento sobre estos riesgos, así como de su tratamiento.

   - Operativo: Son atendidos por este nivel cuando su materialización puede repercutir en la eficacia o eficiencia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución. Un riesgo de operación materializado puede llegar a afectar sensiblemente el cumplimiento de los objetivos estratégicos del Instituto. Independientemente de esta situación, la persona Titular del área sustantiva o administrativa, o dueño del proceso de que se trate, será la responsable de la debida atención del riesgo aun cuando la implementación del control y su operación quede a cargo del nivel operativo.

3. Clasificación de los riesgos. Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo con la naturaleza del Instituto, clasificándolos en las siguientes clases de riesgo.

   - Riesgos estratégicos: se asocian con la forma en que se administra el Instituto. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión

y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la definición de políticas, el diseño y la conceptualización del Instituto por parte de la alta gerencia.

- Riesgos de reputación: están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia el Instituto.
- Riesgos operativos: comprenden los riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura y articulación del Instituto.
- Riesgos financieros: se relacionan con el manejo de los recursos del Instituto que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, los manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.
- Riesgos de cumplimiento: se asocian con la capacidad tecnológica del Instituto para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.
- Riesgos de corrupción: relacionados con el uso indebido del cargo, empleo o comisión de una servidora o servidor público para beneficio propio o de terceros.
- Otro, que se considere pertinente, siempre que se especifique de cuál se trata.

4. 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 del Instituto en la consecución de las metas y objetivos.
   - Entorno: Se refieren a las condiciones externas al Instituto, como políticas, sociales y económicas entre otras, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

5. 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 del Instituto.
- Externo: Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia del Instituto.

6. Identificación de los posibles efectos de los riesgos. Son los efectos asociados a la posible materialización del riesgo, que inciden sobre los objetivos, los procesos, la operación, el Instituto o el Estado, ya sea en sus bienes, derechos o su imagen.

   Para este propósito las dimensiones del efecto del riesgo materializado pueden referirse a:

EFECTIVIDAD DE GESTIÓN	Afecta de forma negativa y relevante el logro de los objetivos o el desempeño de las funciones sustantivas definidas en los programas institucionales.
ECONÓMICA	Costo asociado a la materialización del riesgo analizado desde la perspectiva del daño a los activos físicos o financieros del Instituto y que se traduce en el deterioro del presupuesto asignado para su funcionamiento.
REPUTACIÓN INSTITUCIONAL	Detrimento de la imagen del Instituto evaluado desde la percepción del ciudadano, teniendo en cuenta el volumen de quejas, reclamos, sugerencias y peticiones, las posibles sanciones por parte de entes de fiscalización y el nivel que alcance la divulgación de los riesgos materializados.
OPERACIONAL	Retraso en la operación del Instituto con base en la duración del evento y la cantidad de información que pueda verse afectada o comprometida por la ocurrencia del evento de riesgo.
HUMANA	Daños que pueden presentarse en la integridad física de las y los funcionarios o ciudadanos debido a la materialización del riesgo.

7. Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo con la siguiente escala de valor:

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos del Instituto y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcional totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos del Instituto.
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 reputación 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 Instituto.
1		

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

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

5		Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja. Está entre el 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
3		
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Está entre el 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.
1		

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

De los riesgos de corrupción.
Tratándose de los riesgos de corrupción, éstos serán considerados de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos lesiona la reputación, confianza, credibilidad y transparencia del Instituto, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

IV. Evaluación de controles.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

   - Está documentado: que se encuentra descrito.
   - Está formalizado: se encuentra autorizado por servidor público facultado.
   - Se aplica: se ejecuta consistentemente el control: y
   - Es efectivo: cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.

2. Suficiencia: Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.

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

V. Evaluación de riesgos respecto a controles.

Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo. En esta etapa se realizará la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesto el Instituto 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.
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 Instituto podrá utilizar metodologías, modelos y/o teorías basadas 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 de la Matriz de Administración de Riesgos y se gratificarán 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: Tiene baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

VII. Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos. Se realizará considerando lo siguiente:

a. Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo de 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) o ambos, tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.
3. Asumir el riesgo: Se aplica cuando un 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 poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y solo pueden establecerse acciones de contingencia.
4. Transferir el riesgo: Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:

- Protección o cobertura: Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.

- Aseguramiento: Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

  Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible.

- Diversificación: implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno solo, en consecuencia, la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.

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

16. Tolerancia, apetito y capacidad de riesgo.

La administración deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por el Instituto. 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 a la persona Titular de la Presidencia del Instituto, así como a la persona Coordinadora de Control Interno, en caso de el riesgo exceda el nivel de tolerancia establecido.

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

El apetito es el nivel de riesgo que el Instituto quiere aceptar y su tolerancia es la desviación respecto a este nivel.

La capacidad es el máximo de riesgo que el Instituto puede soportar en la persecución de sus objetivos.

17. Servicios tercerizados.

La Administración del Instituto conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para el Instituto Electoral de Coahuila, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de

seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará al responsable del servicio, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeñara, con el 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 Instituto.

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

18. Matriz y Mapa de Administración de Riesgos.

El Grupo de Trabajo conformado por la persona Titular de la Presidencia del Instituto, desde el inicio de este proceso, deberá participar durante todo el desarrollo de la metodología, para generar tanto la Matriz de Administración de Riesgos como el Mapa correspondiente.

El Mapa de Riesgos del Instituto deberá ser remitido al Órgano Interno de Control debidamente firmado por la persona que ostente la Presidencia del Instituto, la persona Coordinadora de Control Interno y la persona que funja como Enlace de Administración de Riesgos, acompañado de la versión electrónica de la Matriz de Administración de Riesgos correspondiente.

Independientemente de las fechas de cumplimiento establecidas en las presentes Disposiciones, el seguimiento y/o actualización de la matriz de administración de riesgos, así como su mapa respectivo, deberán realizarse en forma permanente, por parte del Grupo de Trabajo para asegurar la gestión oportuna de los riesgos.

Para dar de baja cualquier riesgo que haya sido previamente identificado y documentado en la Matriz de Administración de Riesgos, ésta acción deberá justificarse plenamente, a razón de una reingeniería de procesos, cambios legales, modificaciones al proceso, cambios en la estructura de organización o cambios en el mismo riesgo, y presentarse por parte de la persona Coordinadora de Control Interno al Comité, como punto de acuerdo entre la o el Presidente y la o el Vocal Ejecutivo, quienes en caso de así convenirlo, quedará registrado en el acta correspondiente.

La actualización de la Matriz de Riesgos que se utilice para conformar el programa de trabajo del siguiente ciclo, deberá formalizarse a más tardar en el último bimestre del año en curso.

Sección II
Seguimiento de los Riesgos

19. Del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).

Para la información y seguimiento de las estrategias y acciones de control establecidas en el MAR, se elaborará el PTAR, debidamente firmada por la persona Titular de la Presidencia del Instituto, la persona Coordinadora de Control Interno y por la persona que funja como Enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

I. Los riesgos.
II. Los factores de riesgo.
III. Las estrategias para administrar los riesgos; y
IV. Las acciones de control registradas en la 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.

Para la programación de las acciones de control en el PTAR, deberá darse prioridad a aquellas clasificadas como alta probabilidad de ocurrencia (cuadrantes I y II).

La persona Coordinadora de Control Interno deberá:

a) Remitirlo al Órgano Interno de Control, debidamente signado, al menos una vez al año conforme a la cronología establecida, o bien, cada vez que se genere una actualización por parte del Instituto.

b) Presentarlo al Comité, en su siguiente sesión ordinaria.

19.1 Actualización del PTAR.

El PTAR podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por el Órgano Interno de Control, o al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de control, determinadas por el Instituto; o a través del Grupo de Trabajo que analiza y gestiona los riesgos. El PTAR actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la siguiente sesión ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

20. Del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por la persona Coordinadora de Control Interno y la persona que funja como Enlace de Administración de Riesgos para informar cuatrimestralmente a persona Titular de la Presidencia del Instituto, el resultado, a través del Reporte de Avance Cuatrimestral 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) Los riesgos que fueron identificados en el cuatrimestre y por lo tanto incorporados en la Matiz de Administración de Riesgos y el PTAR.
d) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas respecto a las concluidas, su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno Institucional y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
e) Firmas de la persona Coordinadora de Control Interno y de la persona que funja como Enlace de Administración de Riesgos.

La persona Coordinadora de Control Interno deberá:

a) Remitirlo al Órgano Interno de Control, dentro de los 10 días hábiles posteriores al cierre de cada cuatrimestre, para que esa instancia pueda dar seguimiento a los medios de verificación y emitir la evaluación correspondiente.
b) Presentarlo al Comité, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada cuatrimestre.

20.1 Evidencia documental del PTAR.

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

21. De la Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR.

El Órgano Interno de Control realizará la Evaluación del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR, la cual deberá contener al menos lo siguiente:

a) Observaciones respecto al avance y cumplimiento de las acciones comprometidas, descritas en el reporte correspondiente.
b) Recomendaciones al cumplimiento de las acciones de control reportadas que presenten algún tipo de problemática, o respecto a las propuestas de solución presentadas.
c) Conclusiones generales sobre el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR evaluado.

La Evaluación deberá elaborarse, con firma autógrafa del Órgano Interno de Control, y;

a) Remitirse al Coordinador de Control Interno, con copia al Órgano Interno de Control, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción del Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR; y
b) Presentar al Comité, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada cuatrimestre.

Las personas servidoras públicas responsables de las unidades administrativas y/o procesos del Instituto, deberán atender en todo momento, los requerimientos de información que les formule el Órgano Interno de Control, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

22. Del Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos.

Se realizará un Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior, que 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 Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y la persona Titular de la Presidencia del Instituto deberá:

a. Presentarlo al Comité en la primera sesión ordinaria, de cada año calendario.
b. Remitirlo al Órgano Interno de Control, y a la persona Titular de la Presidencia del Instituto, a más tardar el 31 de enero de cada año.

23. De la presentación de comentarios del Órgano Interno de Control al Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos.

El Órgano Interno de Control realizará el análisis correspondiente al Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos, y presentará su opinión o comentarios ante el Comité durante la primera sesión ordinaria.

TITULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL
CAPÍTULO I
De los Objetivos del Comité

24. De los objetivos del Comité

El Comité de Control y Desempeño Institucional tendrá los siguientes objetivos:

I. Revisar y evaluar el comportamiento de los indicadores de desempeño institucional, dar seguimiento y asegurar razonablemente el cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, a la mejora de los programas presupuestarios y proyectos clasificados como prioritarios por la persona Titular de la Presidencia del Instituto, a lo establecido por el Órgano Interno de Control, así como en su caso, a aquellos temas transversales o determinados por el propio Instituto.

II. Evaluar y dar seguimiento a las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción.

III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas.

IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos.

V. Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTCI y acciones de control del PTAR.

VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de órganos fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de estas.

VII. 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 y sirvan de apoyo en la toma de decisiones.

CAPITULO II
De la Integración del Comité

25. De la Integración del Comité

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

El Comité será presidido e instalado por la persona Titular de la Presidencia del Instituto, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

I. La o el Presidente: (la persona Titular de la Presidencia del Instituto).
II. La o el Vocal Ejecutivo: la persona servidora pública Titular del Órgano Interno de Control del Instituto.
III. Vocales:
   a) La persona Titular de la Dirección Ejecutiva de Administración.
   b) La persona Titular de la Dirección Jurídica.
   c) La persona Titular de la Dirección de Sistemas.
   d) La persona Coordinadora de Control Interno (cuando no participe como la o el Presidente suplente).

26. De las y los invitados.

Se podrán incorporar al Comité como invitados:

I. Las personas servidoras públicas responsables de las áreas del Instituto, competentes de los asuntos a tratar en la sesión.
II. Las personas servidoras públicas de la Administración Pública Federal o Estatal, que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución.
III. Personas externas, expertas en asuntos relativos al SCII u otros relativos al Instituto, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización de la o el Presidente.
IV. La persona Titular o representante de la Jefatura del Área de Auditoría del Órgano Interno de Control del Instituto.
V. El Enlace de COCODI, para apoyar a la o el Vocal Ejecutivo y al Coordinador de Control Interno, durante la logística de la sesión.
VI. Los Enlaces del Sistema de Control Interno y de Administración de Riesgos.

Las y los invitados señalados en el presente numeral participarán en el Comité con voz, pero sin voto; podrán proponer a consideración del Comité, temas relevantes al desempeño del Instituto, así como riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos.

De conformidad a lo que establezca en el Orden del Día, se podrá determinar que la permanencia y participación de las y los invitados externos sea únicamente durante la presentación de los puntos para los cuales fueron convocados.

Las personas Titulares del Órgano Interno de Control, así como del Área de Auditoría, deberán ser convocadas invariablemente a las sesiones del Comité, para vigilar su adecuado funcionamiento.

27. De los suplentes.

Las suplencias en el Comité podrán darse únicamente y por excepción debidamente fundamentada, especificando quienes intervendrán en las ausencias de aquellos.

En el caso específico de quien represente la Presidencia del Comité, sólo podrá designar como suplente, por causas fortuita o de fuerza mayor y con el visto bueno de la persona Titular del Órgano Interno de Control, a la persona Coordinadora de Control Interno o a una servidora o servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior de la persona Titular, a quien le otorgará las facultades necesarias para la toma de decisiones.

En caso de que la persona Coordinadora de Control Interno funja como suplente de la Presidencia, deberá ser a su vez, representada por cualquiera de las personas Enlaces del SCII, preferentemente por la persona que funja como Enlace de Control Interno.

Las suplencias de las y los Vocales podrán ser desde el nivel jerárquico inmediato inferior, hasta el nivel de jefatura de departamento o equivalente.

Para fungir como suplentes, las y los servidores públicos deberán contar con acreditación por escrito del miembro propietario, dirigida a la o el Vocal Ejecutivo, de la que se dejará constancia en el acta, así como en la carpeta electrónica correspondiente o el medio que se determine para tal fin. Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan, las funciones que corresponden a los propietarios.

28. Unidad Rectora de Control Interno.

El Órgano Interno de Control podrá participar en el Comité para vigilar su adecuado funcionamiento a través del Área de Auditoría.

La persona Titular del Área de Auditoría, o quien resulte designado, podrá asistir a las sesiones del Comité cuando así lo determine la persona servidora pública Titular del Órgano Interno de Control.

CAPÍTULO III
Atribuciones del Comité y funciones de los miembros

29. De las atribuciones del Comité

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el Orden del Día.
II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:

    1. El Informe Anual y /o los Reportes de Avances Cuatrimestrales.

2. El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento.
3. Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados que emita el Órgano Interno de Control derivado de la evaluación del informe anual y/o cuatrimestral.
4. Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia.

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

1. La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como las actualizaciones.
2. El Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR.
3. El análisis del resultado anual del comportamiento de riesgos; y
4. La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por el Órgano Interno de Control o por otras instancias externas de fiscalización.

IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño institucional, considerando el reporte respectivo elaborado por la persona Coordinadora de Control Interno, particularmente con respecto a:

1. El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero.
2. La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados.
3. La revisión del cumplimiento de los programas y temas transversales del Instituto, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.
4. Las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética por conductas contrarias al Código de Ética, las Reglas de Integridad y al Código de Conducta.

V. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma.

VI. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias.

VII. Ratificar las actas de las sesiones; y

VIII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

30. De las funciones de los Miembros.

30.1 De quien represente la Presidencia del Comité:

I. Determinar conjuntamente con la persona Coordinadora de Control Interno y la o el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de las y los Vocales y, cuando corresponda, la participación de las personas responsables de las áreas competentes del Instituto.
II. Invariablemente, instalar y/o presidir las sesiones del Comité.
III. Declarar el quórum legal.
IV. Poner a consideración del Comité el Orden del Dia y las propuestas de acuerdos para su aprobación.
V. Someter a consideración del Comité la ratificación del acta de la sesión anterior.
VI. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de las personas invitadas al Comité, conforme al numeral 26 "De las y los Invitados".
VII. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, conforme a lo siguiente:
    a) Al Consejo General, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria.
VIII. 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.
IX. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité en la última sesión del año.

30.2 De los miembros propietarios del Comité:

I. Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias a las que sean convocados.
II. Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité.
III. Aprobar el Orden del Día de las sesiones ordinarias y extraordinarias, así como ratificar el acta de la sesión anterior.
IV. Votar los acuerdos que se someten a su consideración.
V. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité.
VI. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de asuntos específicos que sean atribución del Comité.
VII. Proponer la participación de invitados externos al Instituto.
VIII. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité.
IX. Analizar con anticipación la información contenida en la carpeta electrónica de la sesión o en los medios establecidos para tal fin, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos.
X. Proponer previamente a la sesión, o en su caso 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.

30.3 De la o el Vocal Ejecutivo del Comité:

I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de los miembros e invitados y verificar el quórum legal.
II. Convocar a las sesiones del Comité, de manera conjunta la persona Coordinadora de Control Interno, anexando la propuesta del Orden del Día.
III. Colaborar con quien preside el Comité, en la conducción de las sesiones que se celebren.
IV. Colaborar con quien preside el Comité, en la conducción de las sesiones que se celebren.
V. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos.
VI. Elaborar la cédula de problemáticas o situaciones críticas, por sí mismo o a sugerencia de los miembros o invitados del Comité;
VII. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité.
VIII. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables, así como promover su atención cuando se requiera.

30.4 De la Unidad Rectora de Control Interno:

IX. Participar con voz, pero sin voto, en las sesiones del Comité, para evaluar que éstas se lleven a cabo conforme a lo establecido en el Título Cuarto de las presentes Disposiciones.
X. Comunicar, en su caso a quien represente la Presidencia y/o Vocal Ejecutivo las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, cuando en el desempeño de sus funciones así lo estime pertinente.
XI. Vigilar el cumplimiento de las presentes Disposiciones y emitir recomendaciones a la persona Titular de la Presidencia del Instituto, para asegurar el debido funcionamiento de cualquier actuación y elemento del SCII.
XII. Llevar a cabo la revisión de los mecanismos y herramientas de control interno, incluyendo la cédula de evaluación y los programas de trabajo correspondientes.

En el caso de que la Unidad Rectora llame a una revisión relativa a los resultados de la cédula de evaluación de control interno, las recomendaciones y ajustes que impacten en el nivel de grado establecido, deberán ser acatados, actualizando la herramienta de conciliación, así como los reportes de resultados correspondientes.

CAPÍTULO IV
Políticas de Operación del Comité
Sección I
De las sesiones

31. Del tipo de sesiones y periodicidad.

El Comité celebrará tres 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.

Estas sesiones se llevarán a cabo preferentemente, en los meses de marzo, julio y noviembre, o de conformidad a la cronología prevista por el Órgano Interno de Control.

La información relativa a cada reporte de avance cuatrimestral en materia de control interno y administración de riesgos deberá presentarse invariablemente en la siguiente sesión ordinaria, según corresponda.

Adicionalmente, en materia de control interno y administración de riesgos, se podrán presentar las actualizaciones y avances que se consideren de relevancia.

Asimismo, la información relativa al desempeño institucional que se presente en una sesión ordinaria corresponderá preferentemente, a la generada al corte del mes inmediato anterior.

31.1 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, la o el Vocal Ejecutivo, previa autorización de quien ocupe la Presidencia, informará a las personas miembros e invitadas la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

La calendarización de sesiones ordinarias deberá apegarse a la periodicidad indicada en estas Disposiciones.

Cuando se presente alguna circunstancia que impida realizar la sesión conforme a su programación, incluyendo la falta de quórum legal requerido, la o el Vocal Ejecutivo levantará constancia del hecho y a más tardar el siguiente día hábil, en conjunto con la persona Coordinadora de Control Interno, convocará a los miembros para realizar la sesión dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse del periodo ordinario permitido.

32. De la carpeta electrónica de las sesiones.

La carpeta electrónica será el repositorio o espacio electrónico que el Instituto establezca para poner a disposición de los participantes y/o miembros del Comité, la información relativa a los asuntos y conceptos a tratar en el Orden del Día.

Cada sesión del Comité, deberá organizarse por año calendario y por folio, conservando el historial de sesiones como medio de verificación, así como mantenerlo a disposición de las instancias fiscalizadoras que lo soliciten.

La información de la carpeta electrónica se solicitará a los responsables, con 10 días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité; así mismo, se integrará y se difundirá a los participantes 5 días hábiles previos a la sesión.

33. De las convocatorias.

La convocatoria y la propuesta del Orden del Día, deberán ser enviadas a los miembros e invitados, con 5 días hábiles de anticipación para sesiones ordinarias y con 2 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 en el medio establecido para tal fin.

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

34. De la forma de llevar a cabo las sesiones y el 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 las personas participantes, recabando las firmas correspondientes.

En el caso de las sesiones virtuales bastará con la firma autógrafa de los miembros propietarios en el acta.

34.1 Del quórum legal.

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

Cuando éste no se reúna, la o el Vocal Ejecutivo levantará constancia del hecho, en conjunto con la persona Coordinadora de Control Interno.

Sección II
Del Orden del Día

35. De su contenido

El Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

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

II. Aprobación del Orden del Día.
III. Ratificación del acta de la sesión anterior.
IV. Seguimiento de acuerdos. Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse el Vocal Ejecutivo y/o quién represente al Órgano Interno de Control determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones.

V. Cédula de problemáticas o situaciones críticas.

La cédula deberá ser elaborada por la o el Vocal Ejecutivo a sugerencia de los miembros o invitados del Comité, considerando, en su caso, 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 Instituto, con el fin de identificar riesgos que no estén incluidos en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional o bien debilidades de control interno adicionales a las obtenidas en la evaluación del control interno, que deban ser incorporadas y atendidas con acciones de mejora en el PTCI o en el PTAR.

Las cédulas de problemáticas o situaciones críticas que se hubieren elaborado de manera previa a la sesión podrán presentarse para su oportuna integración y presentación al Comité, ante la o el Vocal Ejecutivo y la persona Coordinadora de Control Interno.

VI. Presentación análisis del Reporte del Desempeño Institucional correspondiente al período de la sesión que se atiende por parte del Instituto

Del contenido del Reporte del Desempeño Institucional.

1. **Programas Presupuestarios.** Se deberán identificar e informar los programas presupuestarios que representen el 80% del presupuesto original del Instituto y muestren variaciones porcentuales relevantes al comparar: (1) el presupuesto ejercido contra el modificado y (2) el cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando posibles causas, riesgos y/o acciones específicas planteadas para su regularización.

   En caso de la definición o actualización de indicadores institucionales. derivados del ejercicio de planeación estratégica del Instituto, éstos deberán de presentarse ante el Comité de manera oportuna.

2. **Proyectos de Inversión Pública.** - El tema aplicará sólo si se cuenta con presupuesto autorizado en este concepto y deberán identificar e informar los

proyectos de inversión pública que presenten variaciones porcentuales importantes, al comparar el avance acumulado: (1) del presupuesto ejercido contra el programado, (2) del físico alcanzado contra el programado, y (3) del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas planteadas para su regularización.

3. **Pasivos contingentes.** Es necesario que, en su caso, se informe al Comité sobre el impacto de éstos en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales, considerando que su materialización pudiera representar un riesgo financiero para el Instituto e incidir de manera importante en su flujo de efectivo y ejercicio presupuestal (incluir los pasivos laborales y los correspondientes a juicios jurídico-contenciosos). En su caso, señalar las estrategias procesales que se realizan para su atención, su avance y en su caso, los abogados externos que están contratados para su trámite correspondiente.
4. **Plan Institucional de TIC's.** Informar de manera ejecutiva los planes de desarrollo, arrendamiento y/o adquisición en materia de tecnologías de información y comunicaciones, así como las dificultades o situaciones que causan problemas para su cumplimiento y las acciones de solución emprendidas. Considerando la integración y objetivos del Comité, se deberá evitar la presentación en este apartado de estadísticas, aspectos y asuntos eminentemente informativos.
5. **Acciones prioritarias del Instituto**. Informar el seguimiento de avances a las acciones relacionadas con prioridades del Instituto establecidas por la persona Titular de la Presidencia del Instituto, de índole individual o transversal.

   Asimismo, por cada rubro se deberá realizar y presentar un análisis (de comparación, de correlación u otro) considerando aspectos cuantitativos y/o cualitativos, según sea el caso.

VII. Seguimiento al Programa Anual de Trabajo del Comité de Ética, y en su caso, presentación del informe anual de actividades, mapa institucional de riesgos de actos contrarios a la ética, así como el seguimiento de acciones relevantes para su atención.

VIII. Aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad. 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 Instituto 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 recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras, identificando las causas que las originan y acciones para evitar que se continúen presentando; así como, aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses, ya que su falta de atención y cumplimiento inciden mayormente en una eficiente gestión y adecuado desempeño institucional.

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

Respecto al proceso de Aplicación del Control Interno

1. Durante la primera sesión ordinaria de cada año, incluir el Informe Anual, así como la evaluación respectiva del Órgano Interno de Control.
2. Durante las sesiones ordinarias, incluir el RAC del PTCI del último cuatrimestre, así como los aspectos más relevantes de la evaluación correspondiente del Órgano Interno de Control. Se deberá señalar el total de acciones de mejora concluidas y su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional; así como las pendientes sin avance y el porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso.
3. En la última sesión ordinaria, deberán presentarse adicionalmente, la Evaluación Conciliada del Instituto, así como el PTCI para el siguiente año calendario, para su formalización ante el Comité.

Respecto al proceso de Administración de Riesgos Institucional:

1. Durante la primera sesión ordinaria de cada año, incluir el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos, así como la opinión y/o comentarios derivados de la evaluación respectiva del Órgano Interno de Control.
2. Durante las sesiones ordinarias, incluir el RAC del PTAR del último cuatrimestre, así como los aspectos más relevantes de la evaluación correspondiente del Órgano Interno de Control. Se deberá señalar el total de acciones de control concluidas y su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance.
3. En la última sesión ordinaria, deberán presentarse adicionalmente, la Matriz y el Mapa de riesgos actualizados, así como el PTAR para el siguiente año calendario, para su formalización ante el Comité.
4. En caso de contar con la baja de riesgos plenamente justificados, señalar aquellos que se ponen a consideración para su baja conforme a las presentes Disposiciones.

Blvd. Luis Donaldo Colosio Nº 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

En general, al realizar el análisis de la información anterior, se deberán considerar las causas, riesgos y acciones específicos a seguir para su regularización, asi como tomar decisiones para la resolución de asuntos o en su caso, generación de nuevos acuerdos.

X. Asuntos Generales.
XI. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

A petición expresa, de preferencia antes o bien durante la sesión del Comité, cualquiera de sus miembros, invitados, y en su caso, quien represente a la Unidad Rectora de Control Interno, podrán solicitar se incorporen al Orden del Día, asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

Sección III
De los Acuerdos

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

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

37. Envío de acuerdos para su atención.

La persona Enlace de COCODI 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.

38. Acuerdos relevantes del conocimiento de instancias superiores.

El Comité determinará los acuerdos relevantes y quién represente la Presidencia los hará del conocimiento, al Consejo General.

39. Reprogramación de atención a 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. Se conservará en la carpeta electrónica, la fecha inicial de atención.

Sección IV
De las Actas

40. Requisitos de las actas.

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. Las y los invitados de la Institución que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos o estén relacionados con los mismos.

A fin de llevar el orden secuencial de las sesiones por año calendario, y ubicar claramente de cuál se trata, deberá reiniciarse la numeración de las actas según corresponda, adjuntando siempre el año al que hace referencia.

41. De la elaboración del acta y su revisión.

La o el Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a las y los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, con el apoyo de la persona Coordinadora de Control Interno y/o de la persona Enlace de COCODI.

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

Blvd. Luis Donaldo Colosio Nº 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

La persona Coordinadora de Control Interno deberá resguardar un tanto original de las actas de las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional.

Sección V
Del Sistema Informático

El Instituto deberá mantener el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones, en el sistema informático que determine el Órgano Interno de Control.

42. Del Acceso al Sistema Informático.

Tendrán acceso al Sistema Informático, la persona Titular de la Presidencia del Instituto, el Órgano Interno de Control, la Unidad Rectora de Control Interno, la persona Coordinadora de Control Interno, quien podrá auxiliarse de las personas enlaces de Control Interno, Administración de Riesgos, y de COCODI.

Las cuentas de usuario y claves de acceso, así como sus actualizaciones, serán proporcionadas por el Órgano Interno de Control, previa solicitud de la persona Titular de la Presidencia del Instituto, conforme a los procedimientos que la primera establezca.

La información que se incorpore al Sistema Informático será responsabilidad, por parte del Instituto, la persona Coordinadora de Control Interno, así como el aseguramiento de que sea integrada en tiempo y forma.

43. De las bajas y los cambios de usuarios.

la persona Coordinadora de Control Interno informará inmediatamente mediante oficio, al Órgano Interno de Control, las bajas de las cuentas de usuario, así como los cambios requeridos en las claves de acceso.

Artículo 3.- Se establece el Manual Administrativo en Materia de Control Interno, al tenor de lo siguiente:

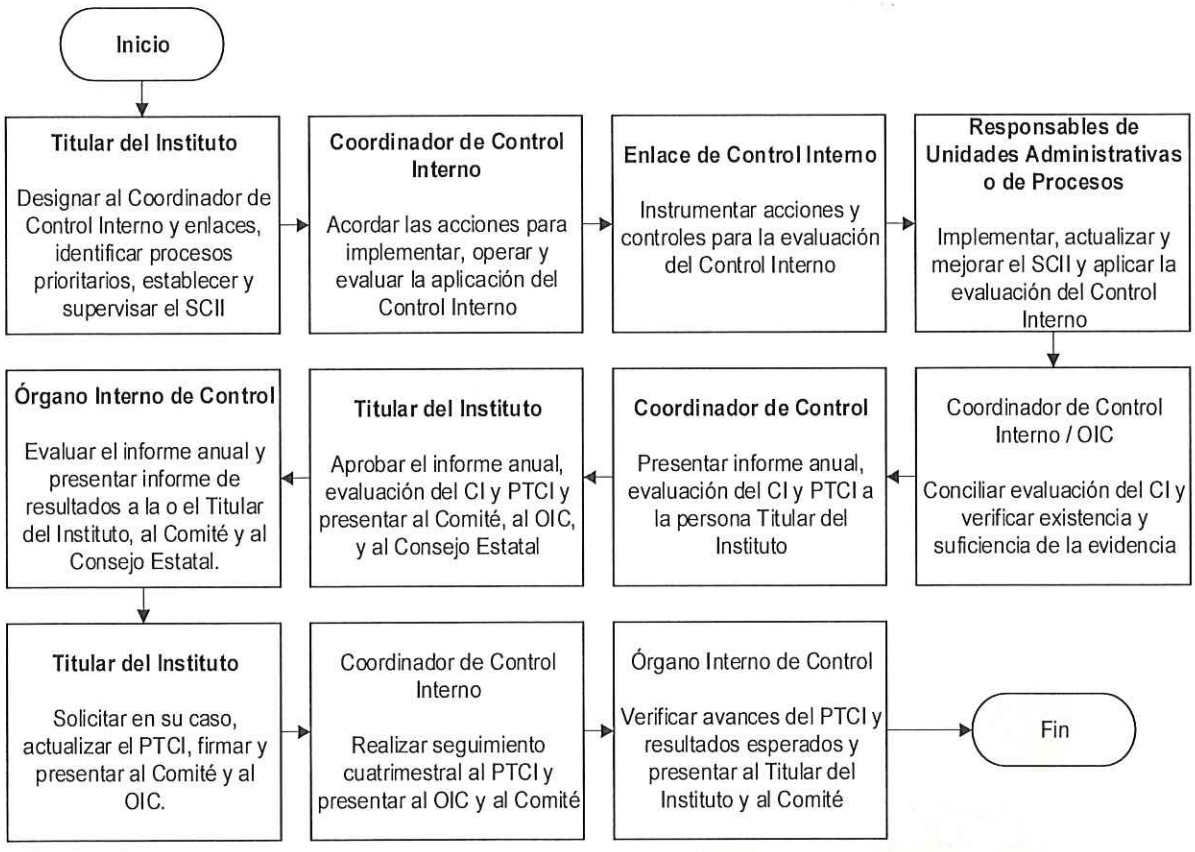
MANUAL ADMINISTRATIVO EN MATERIA DE CONTROL INTERNO

Para la aplicación del Marco Integrado de Control Interno en todos los ámbitos y niveles del Instituto, se establecen 3 procesos principales:

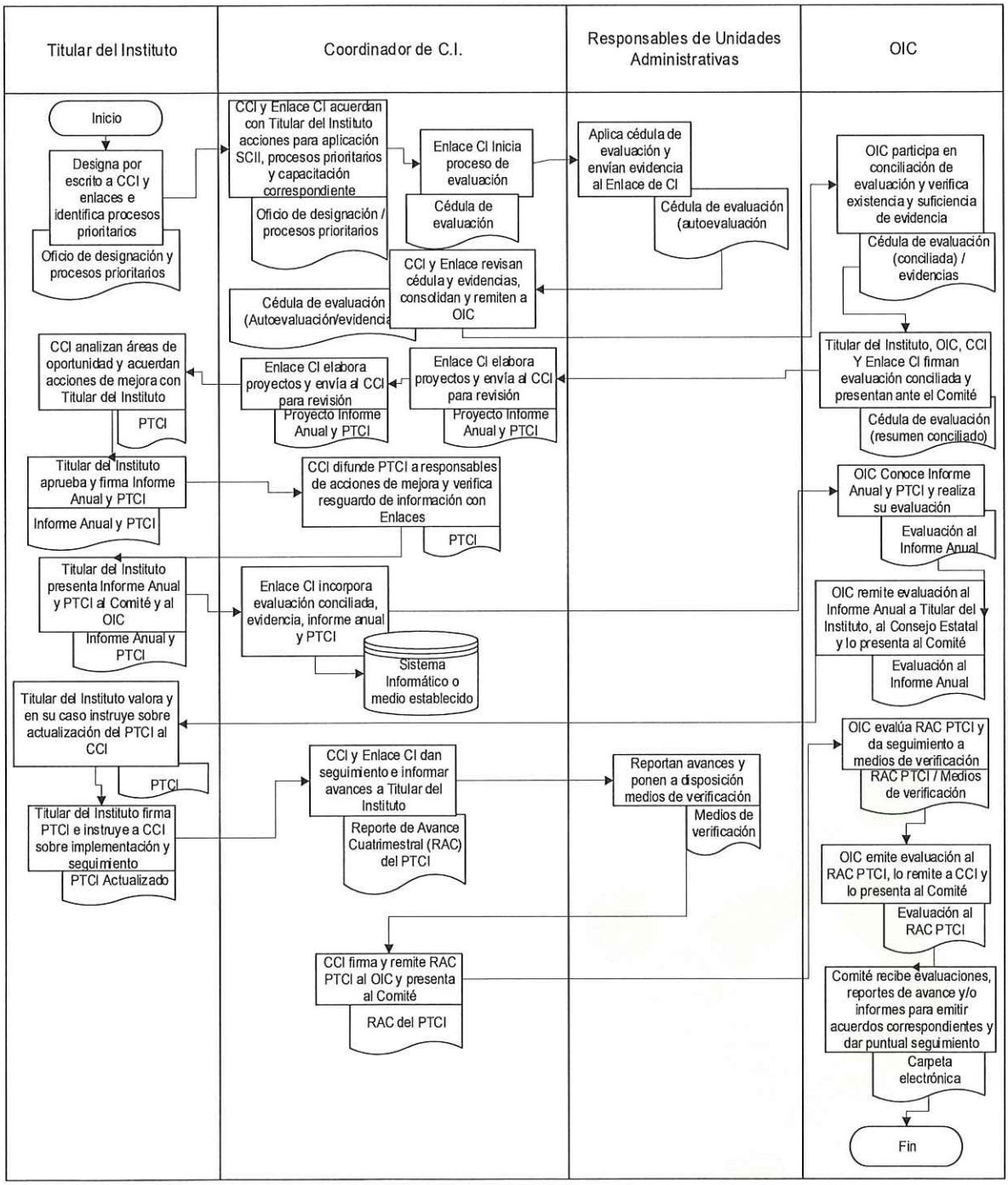
I. Aplicación del Control Interno.

Objetivo. Desarrollar un sistema de Control Interno eficaz y eficiente en todos los ámbitos y niveles del Instituto.

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 (Artículo Segundo)
1	Titular de la Presidencia del Instituto	Designa por escrito la persona Coordinadora de Control Interno y a las personas Enlaces de Control Interno, Administración de Riesgos y Comité de Desempeño Institucional e identifica los procesos prioritarios de la institución.	Oficio de designación / Procesos prioritarios	Numerales 4 y 9.1
2	Persona Coordinadora de Control Interno	Acuerda con la persona Titular de la Presidencia del Instituto las acciones para la implementación y operación del SCII, así como los procesos prioritarios, y la capacitación correspondiente, en término de las Disposiciones, y solicita a la persona Enlace de Control Interno la aplicación de la evaluación de Control Interno.	Reunión de trabajo / Correo / Procesos prioritarios / Oficio de designación	8.3, incisos a), b), c) y d), 9 y 9.1
3	Enlace de Control Interno	Inicia el proceso de evaluación de la aplicación del Control Interno, solicitando a los responsables de las Unidades Administrativas realicen la evaluación institucional y/o de sus procesos prioritarios.	Correo electrónico / Cedula de Evaluación	8.4, incisos a), b) y c), y 9.2

4	Responsables de las Unidades Administrativas	Reciben requerimiento para realizar la autoevaluación, aplican la cédula adjuntando las respectivas evidencias y envían propuestas de acciones de mejora a la persona Enlace de Control Interno.	Cédula de Evaluación (Autoevaluación)	Numerales 8.1, inciso b), y 9.3
5	Persona Coordinadora de Control Interno / Enlace de Control Interno	Revisan la autoevaluación, así como la evidencia y las remiten para conciliación con el Órgano Interno de Control.	Cédula de Evaluación (Autoevaluación) / evidencia	Numerales 8.3, inciso d), 8.4, inciso b), y 9.3
6	Órgano Interno de Control	Participa en la conciliación de la evaluación del SCII y verifica la existencia y suficiencia de evidencia, junto con la persona Coordinadora de Control Interno.	Cédula de Evaluación (Conciliada) / evidencia	Numerales 8.3, inciso d), 8.7, inciso b), 9.4 y 9.5
7	Titular del Instituto/ Coordinador de Control Interno	Firman el Resumen de la Evaluación Conciliada, junto con la persona que funja como Enlace de Control Interno y el Órgano Interno de Control y lo presentan ante el Comité.	Cédula de Evaluación (Resumen Conciliado)	Numerales 8.2, inciso k), 8.3, inciso f), 8.4, inciso b), y 9.5

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

No.	Responsable	Actividad	Método/ herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (artículo Segundo)
8	Enlace de Control Interno	Elabora proyecto del Informe Anual y PTCI y envía a la persona Coordinadora de Control Interno para revisión.	Proyecto de Informe Anual y de PTCI	Numerales 8.4, incisos d) y g), 10 y 13
9	Persona Coordinadora de Control Interno / Enlace de Control Interno	Revisan el proyecto del Informe Anual y PTCI y la persona Coordinadora trata en acuerdo con la persona Titular de Presidencia del Instituto su aprobación.	Proyecto de Informe Anual y de PTCI	Numerales 8.3, incisos e) y f), 8.4, incisos d), e) y g), 10 y 13
10	Titular de la Presidencia del Instituto / Persona Coordinadora de Control Interno	Analizan y seleccionan áreas de oportunidad detectadas y acuerdan acciones de mejora a comprometer en el PTCI.	PTCI	Numerales 8.2, inciso j), 8.3, inciso f) y 10
11	Titular de la Presidencia del Instituto	Aprueba y firma el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual y PTCI	Numerales 8.2, incisos i) y j), 10 y 13
12	Persona coordinadora de Control Interno	Difunde oportunamente el PTCI a responsables de las acciones de mejora y verifica que los enlaces incorporen la información en los medios establecidos	PTCI	Numerales 8.3, incisos h) e i) y 10
13	Titular de la Presidencia del Instituto	Presenta el Informe Anual y PTCI del próximo año al Comité, y al Consejo General.	Informe Anual y PTCI	Numerales 8.2, inciso k), 10 y 13
14	Enlace de Control Interno	Incorpora en el sistema informático o en medios establecidos, la evaluación conciliada y su evidencia, así como el Informe Anual y PTCI.	Sistema Informático	Numerales 8.4 inciso h) y Sección V del Capítulo IV, Título Cuarto
15	Órgano Interno de Control	Conoce el Informe Anual y PTCI, realiza y presenta su evaluación al Titular de la Presidencia del Instituto		Numerales 8.7, inciso d), 13 y 14

			Informe Anual / Evaluación al Informe Anual	
16	Órgano Interno de Control	Remite la evaluación al Informe Anual a la persona Titular de la Presidencia del Instituto, al Comité y al Consejo General	Oficio / Evaluación al Informe Anual	Numerales 8.7, inciso d) y 14
17	Titular de la Presidencia del Instituto	Recibe la evaluación al Informe Anual del Órgano Interno de Control, lo valora y, en su caso instruye a la persona Coordinadora de Control Interno la actualización del PTCI.	Oficio / Evaluación al Informe Anual / PTCI	Numerales 8.2, inciso j) y 10.1

No.	Responsable	Actividad	Método/ herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
18	Titular de la Presidencia del Instituto/ Persona Coordinadora de Control Interno	Recibe PTCI actualizado para su firma e instruye a la persona Coordinadora de Control Interno su implementación y seguimiento.	PTCI Actualizado	Numerales 8.2, incisos j) y 10.1
19	Persona coordinadora de Control Interno / Enlace de Control Interno	Realizan seguimiento al cumplimiento de acciones de mejora del PTCI y el Coordinador informa avances a la o el Titular mediante reporte cuatrimestral	Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI	Numerales 8.3, inciso e), 8.4 inciso f) y 11
20	Responsables de las Unidades Administrativas o de Procesos	Reportan avances y ponen a disposición medios de verificación.	Medios de verificación	Numeral 11

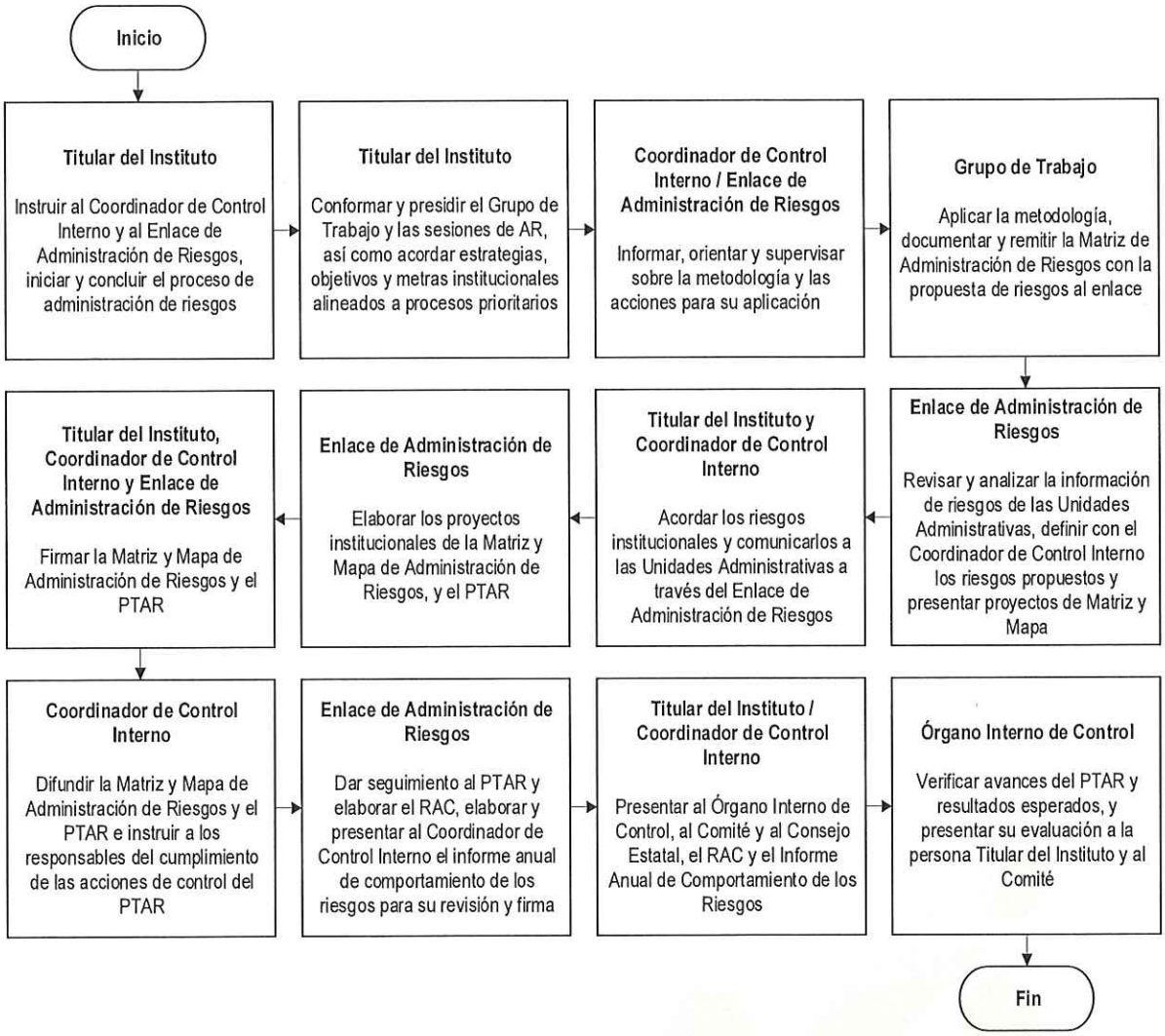
Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

21	Persona coordinadora de Control Interno	Firma el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI y lo remite al Órgano Interno de Control para su evaluación. Lo presenta ante el Comité en la siguiente sesión ordinaria.	Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI	Numerales 8.3, inciso g) y 11
22	Órgano Interno de Control	Evalúa el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI y da seguimiento a los medios de verificación que acreditan su implementación.	Reporte de Avance Cuatrimestral / Medios de verificación	Numerales 8.7, inciso d) y 12
23	Órgano Interno de Control	Emite la Evaluación al Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI, firma y la remite al Coordinador de Control Interno y lo presenta al Comité.	Evaluación al Reporte de Avance Cuatrimestral	Numerales 8.7, inciso d) y 12
24	Comité de Control y Desempeño Institucional	Recibe evaluación(es) de Control Interno, PTCI, reportes de Avance Cuatrimestral del PTCI, Informe Anual, y evaluaciones del Órgano Interno de Control para emitir los acuerdos correspondientes y dar puntual seguimiento al SCII.	Carpeta electrónica	Numerales 29 y 32

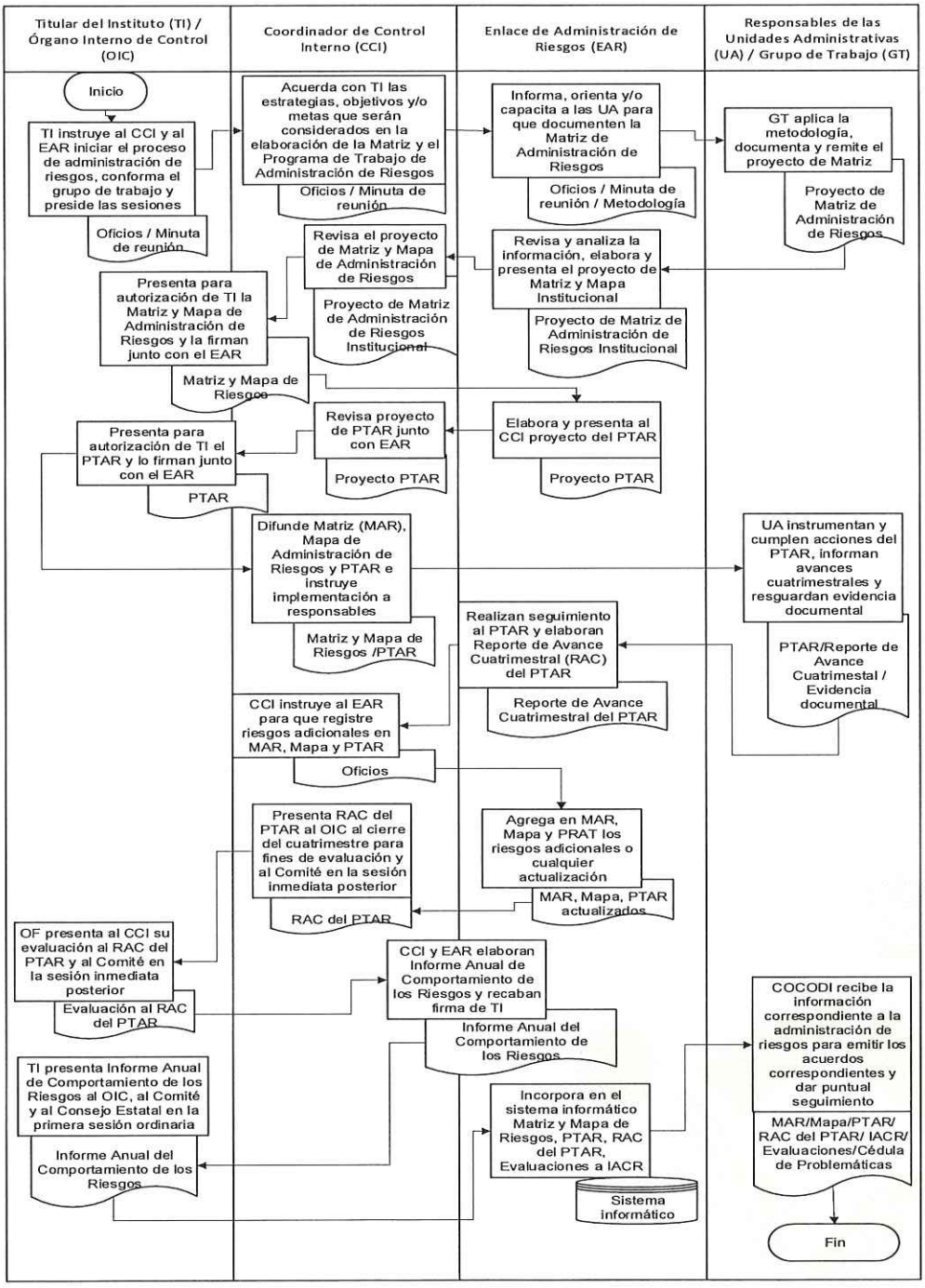
II. Administración de Riesgos Institucionales.

Objetivo: Aplicar las etapas de la metodología de administración de riesgos en el Instituto 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	Titular de la Presidencia del Instituto	Instruye a la persona Coordinadora de Control Interno y a la o el Enlace de Administración de Riesgos para iniciar el proceso de administración de riesgos; conforma el Grupo de Trabajo y preside las sesiones.	Oficio/Correo electrónico/ Reunión	Numeral 8.2, inciso f) y Sección I del Capítulo I, Título Tercero
2	Persona Coordinadora de Control Interno	Acuerda con la persona Titular de la Presidencia del Instituto las estrategias, objetivos y/o metas, alineados a los procesos prioritarios, que serán considerados en la elaboración de la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.	Oficio/Correo electrónico/ Reunión	Numeral 8.3, inciso l)
3	Enlace de Administración de Riesgos	Informa, orienta y/o capacita a las Unidades Administrativas sobre la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación, y los objetivos y metas institucionales para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos.	Oficio/correo electrónico Reunión/Metodología y Matriz de Administración de Riesgos	Numeral 8.5, incisos b) y g), y Sección I del Capítulo I, Titulo Tercero
4	Grupo de Trabajo	Aplica la metodología, documenta y remite el proyecto de Matriz que incluye la propuesta de riesgos, al Enlace.	Proyecto de Matriz de Administración de Riesgos	Numerales 8.1, inciso a) y 18
5	Enlace de Administración de Riesgos	Revisa y analiza la información proporcionada, a efecto de elaborar y presentar a la persona Coordinadora de Control Interno el proyecto institucional de la	Proyecto de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos	Numerales 8.5, inciso c) y 18

		Matriz y Mapa de Administración de Riesgos.		
6	Persona Coordinadora de Control Interno	Revisa el proyecto de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Administración de Riesgos.	Proyecto de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos	Numerales 8.3, inciso p) y 18
7	Persona Coordinadora de Control Interno	Presenta para autorización de la persona Titular de la Presidencia del Instituto la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa, y lo firman de forma conjunta con el Enlace de Administración de Riesgos.	Matriz y Mapa de Administración de Riesgos	Numerales 8.2, inciso k), 8.3, inciso q) y 18

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
8	Enlace de Administración de Riesgos	Elabora y presenta a la persona Coordinadora de Control Interno el proyecto del PTAR Institucional.	Proyecto del PTAR	Numerales 8.5, inciso c), y 19
9	Persona Coordinadora de Control Interno	Revisa el proyecto del PTAR Institucional conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.	Proyecto del PTAR	Numerales 8.3, inciso p), y 19
10	Persona Coordinadora de Control Interno	Presenta el PTAR para autorización de la persona Titular de la Presidencia del Instituto y lo firman de forma conjunta con el Enlace de Administración de Riesgos.	PTAR	Numerales 8.2, inciso k), 8.3, inciso q), y 19
11	Persona Coordinadora de Control Interno	Difunde oportunamente la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa y el PTAR, e instruye la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas.	Matriz y Mapa de Administración de Riesgos / PTAR	Numerales 8.3, inciso r), 18 y 19
12	Unidades Administrativas	Instrumentan y cumplen las acciones de control del PTAR, informan avances cuatrimestrales	PTAR / Reporte de Avances Cuatrimestral del	Numerales 19, 20 y 20.1

		y resguardan la evidencia documental.	PTAR / Evidencia documental	
13	Persona Coordinadora de Control Interno / Enlace de Administración de Riesgos	Realizan el seguimiento permanente al PTAR y elaboran el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR con la información proporcionada por las Unidades Administrativas.	Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR	Numerales 8.3, inciso r), 8.5, inciso d), y 20
14	Persona Coordinadora de Control Interno	Instruye al Enlace de Administración de Riesgos que proceda a registrar los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa y el PTAR, determinados por las y los servidores públicos, el Grupo de Trabajo, el Comité o el Consejo General, según corresponda.	Oficio / Correo electrónico	Numeral 8.3, inciso s)
15	Enlace de Administración de Riesgos	Agrega en la Matriz de Administración de Riesgos, Mapa y PTAR, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por las servidoras o los servidores públicos, el Grupo de Trabajo, el Comité o Consejo General, según corresponda.	Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, PTAR actualizados	Numerales 8.5, inciso e), 18 y 19.1

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
16	Coordinador de Control Interno	Presenta el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR al Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada cuatrimestre para fines de la evaluación, y al Comité, en su sesión inmediata posterior.	Reporte de Avance Cuatrimestral del PTAR	Numeral 20

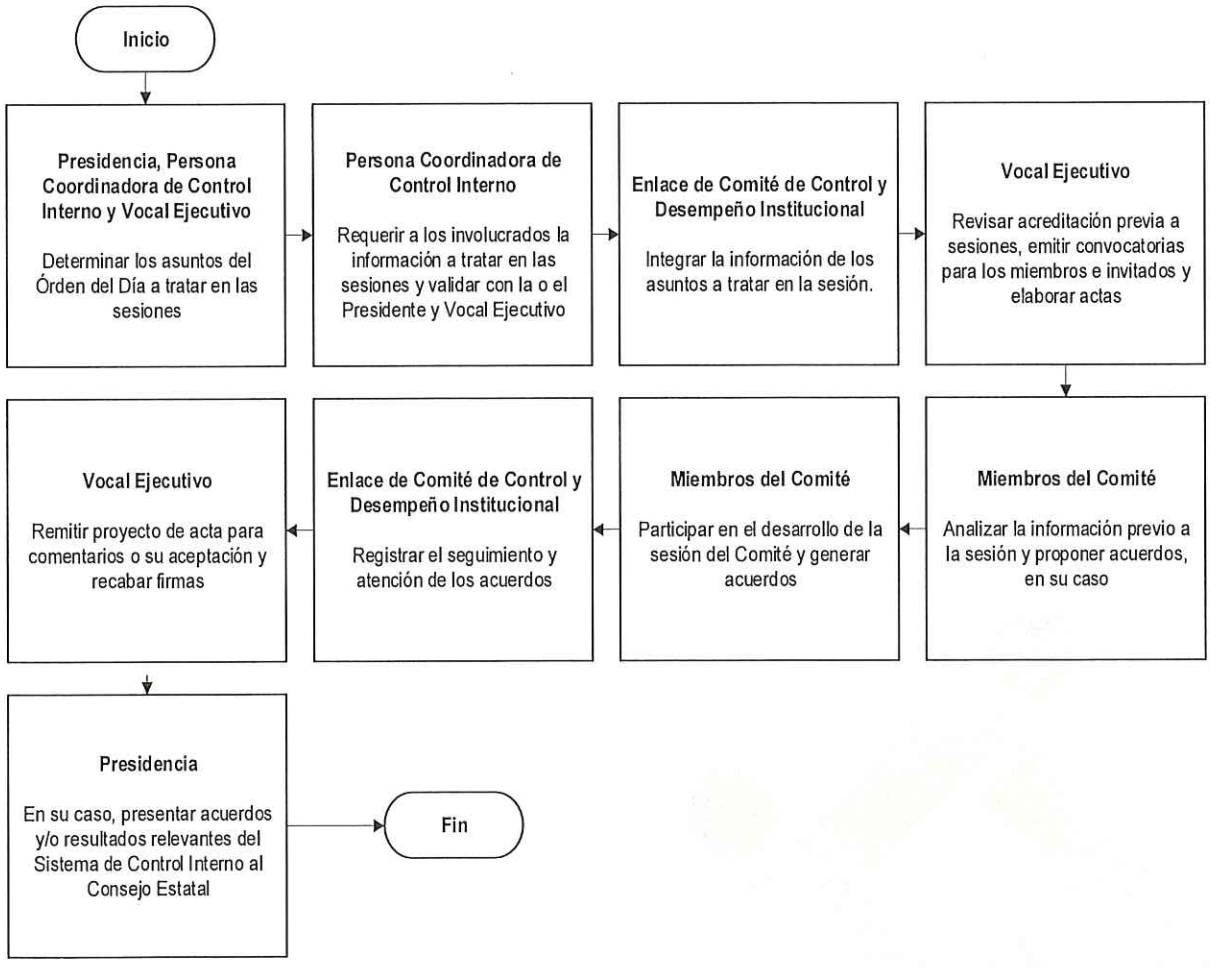
17	Órgano Interno de Control	Presenta a la persona Coordinadora de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción, su evaluación al Reporte de Avances cuatrimestral del PTAR, y al Comité en la siguiente sesión ordinaria.	Evaluación al reporte de avances del PTAR	Numerales 8.7, inciso h), y 21
18	Coordinador de Control Interno / Enlace de Administración de Riesgos	Elaboran el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos y recaban firma de la persona Titular de la Presidencia del Instituto.	Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos	Numerales 8.2, incisos i) y k), 8.3, incisos p) y q), 8.5, inciso c), 22
19	Titular de la Presidencia del Instituto	Presenta el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos al Órgano Interno de Control, a más tardar el 31 de enero de cada año; al Comité en la primera sesión ordinaria de cada año calendario, y en su caso, al Consejo General.	Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos	Numerales 8.2, inciso k), y 22
20	Enlace de Administración de Riesgos	Incorpora en el sistema informático o en los medios establecidos para tal fin, la Matriz y el Mapa de riesgos, el PTAR, los Reportes de Avance Cuatrimestral del PTAR y sus respectivas evaluaciones, así como el Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos.	Matriz y Mapa de Riesgos, PTAR, RAC del PTAR, evaluaciones e Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos	Numeral 8.5, inciso f), Sección II del Capítulo I, Titulo Tercero, y Sección V del Capítulo IV, Titulo Cuarto
21	Comité de Control y Desempeño Institucional	Recibe la Matriz y Mapa de Riesgos, PTAR, RAC del PTAR e Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos, así como las evaluaciones del Órgano Interno de Control y/o cédula de problemáticas según corresponda, para emitir los acuerdos correspondientes y dar puntual seguimiento a la administración de los riesgos institucionales.	Matriz y Mapa de Riesgos, PTAR, RAC del PTAR, evaluaciones e Informe Anual del Comportamiento de los Riesgos, Cédula de Problemáticas	Numerales 30.2, fracciones IV, V y X, y 35, fracciones V y IX

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

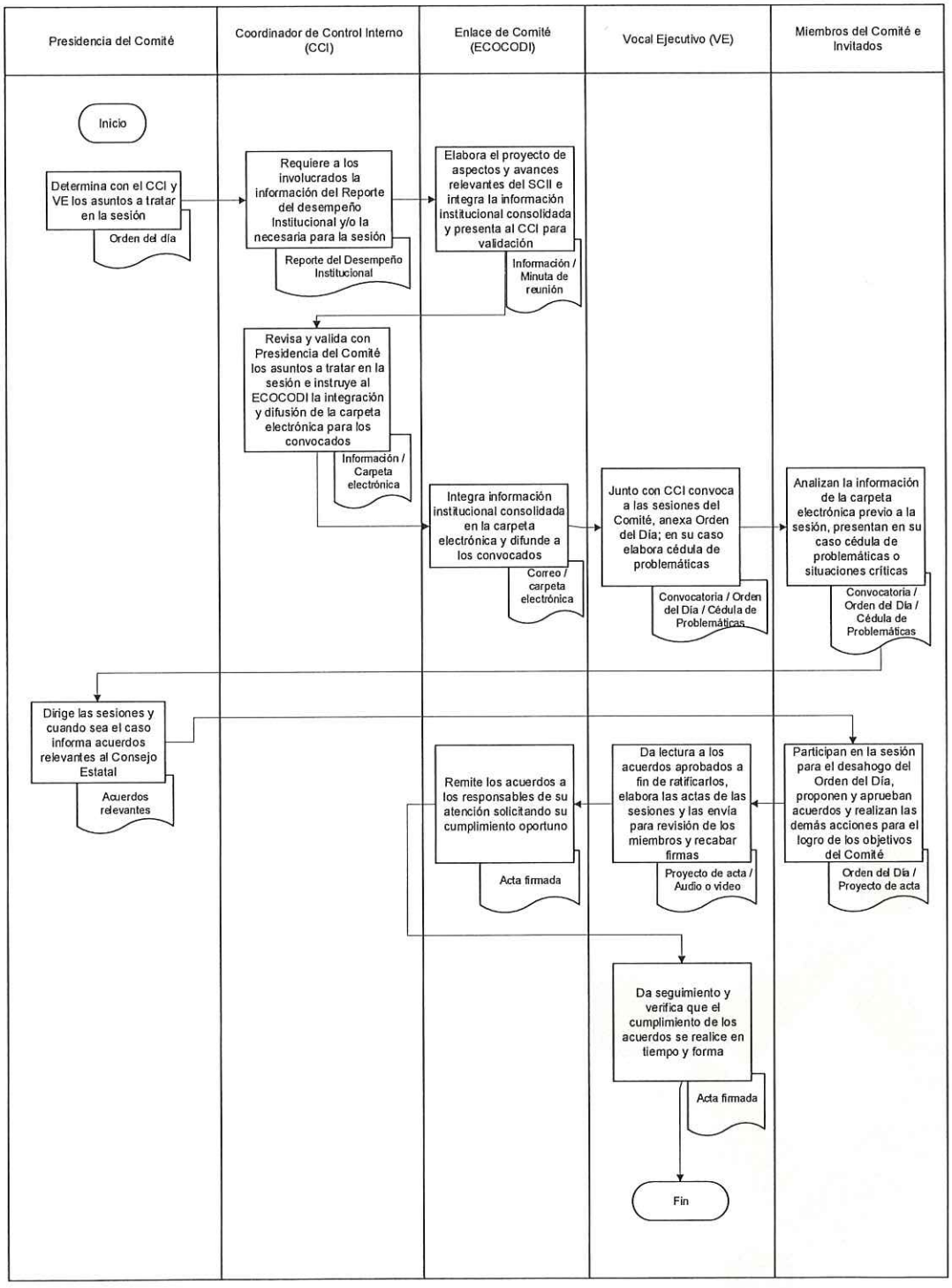
I. Funcionamiento del Comité de Control y Desempeño Institucional.

Objetivo: Constituir un órgano colegiado al interior del Instituto Electoral de Coahuila, en apoyo a la persona Titular de la Presidencia, que contribuya al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, a impulsar el establecimiento y fortalecimiento 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:



Actividades secuenciales por responsable:

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
1	Quien represente la Presidencia del Comité / Persona Coordinadora de Control Interno / Vocal Ejecutivo	Determinan los asuntos a tratar en la sesión del Comité que corresponda, a partir de lo establecido en el Orden del Día.	Orden del Día	Numerales 8.3, inciso u), 30.1, fracción I, y 35
2	Persona Coordinadora de Control Interno	Requiere a los involucrados la información necesaria para el Reporte del Desempeño Institucional y/o la demás que se requiera para la sesión correspondiente.	Oficio / Correo / Reporte del Desempeño Institucional	Numerales 8.3, inciso v), y 35 fracciones VI, VII y VIII
3	Enlace COCODI	Elabora el proyecto de aspectos y avances relevantes del SCII, integra la información institucional consolidada y presenta a la persona Coordinadora de Control Interno para su validación.	Oficio/ Correo / Información / Minuta de reunión	Numeral 8.6, inciso b) y c)
4	Persona Coordinadora de Control Interno	Revisa y valida con quien ocupe la Presidencia del Comité, la información del desempeño institucional y del SCII, e instruye a la persona Enlace COCODI la integración en la carpeta electrónica, de la información soporte de los asuntos a tratar durante la próxima sesión, así como su difusión oportuna a los convocados.	Oficio/ Correo / Carpeta electrónica / Información	Numerales 8.3, incisos v) y w), y 32
5	Enlace COCODI	Integra la información institucional consolidada para cada sesión en la carpeta electrónica y difunde a los convocados, asegurándose que la reciban en tiempo y forma.	Correo / Carpeta electrónica	Numerales 8.6, incisos c) y d), y 32

6	Vocal Ejecutivo / Persona Coordinadora de Control Interno	Convocan a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de Orden del Día; en su caso, la o el Vocal Ejecutivo elabora cédula de problemáticas.	Convocatoria / Oficio / Correo / Orden del día / Cédula de problemáticas	Numerales 30.3, fracciones II y V, y 33
7	Miembros del Comité / invitados	Analizan la información de la carpeta electrónica previo a la sesión; presentan riesgos de atención inmediata y/o corrupción a través de la cédula de problemáticas o situaciones críticas.	Correo / Carpeta electrónica / Cédula de problemáticas	Numerales 30.2, fracciones IX y X, y 32

No.	Responsable	Actividad	Método, herramienta	Disposiciones en Materia de Control Interno (Artículo Segundo)
8	Quien represente la Presidencia del Comité	Dirige las sesiones y cuando sea el caso, hace de conocimiento los acuerdos relevantes al Consejo General	Reunión presencial o videoconferencia / Acuerdos relevantes	Numerales 30.1, fracciones II, IV, y VII, y 38
9	Miembros del Comité / Invitados	Participan en la sesión para el desahogo de los asuntos específicos del Orden del Día, proponen y aprueban acuerdos, y realizan las demás acciones necesarias para el logro de los objetivos del Comité.	Reunión presencial o videoconferencia / Orden del Día	Numerales 30.2, fracciones I, III, IV, VIII, IX y 34
10	Vocal Ejecutivo	Da lectura a los acuerdos aprobados a fin de ratificarlos, elabora las actas de las sesiones, y las envía para revisión de los miembros y recabar las firmas.	Grabación de audio y/o video de la sesión / Proyecto de Acta	Numerales 30.3, fracciones V y VI, 36 y 41
11	Enlace COCODI	Remite los acuerdos a los responsables de su atención, solicitando su cumplimiento oportuno.	Acta firmada	Numerales 8.6, incisos e) y f), 37 y 41
12	Vocal Ejecutivo	Da seguimiento y verifica que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma.	Acta firmada	Numeral 30.3, fracción VI

Artículo 4. - La interpretación para efectos administrativos del presente acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderán al Órgano Interno de Control.

Artículo 5. - Las Disposiciones y procedimientos contenidos en el Manual a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse, cuando menos una vez al año por el Órgano Interno de Control, para efectos de su actualización de resultar procedente.

Artículo 6. - El Órgano Interno de Control vigilará el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a las y los Titulares de las Unidades Administrativas y demás servidoras y servidores públicos del Instituto para mantener un Sistema de Control Interno Institucional en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua.

Artículo 7. - El Instituto tendrá hasta 18 meses para llevar a cabo las acciones de control interno e integrar su respectivo Comité de Control y Desempeño Institucional, en los plazos que para ello determine el Órgano Interno de Control.

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

ANEXO AL CAPÍTULO I

DEL TÍTULO SEGUNDO DEL MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO

Normas generales, principios y elementos de control interno.

PRIMERA NORMA

I. 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, la persona Titular de la Presidencia del Instituto y la Administración, deberán establecer y mantener un ambiente de control en todo el Instituto, que implique una actitud de respaldo hacia el control interno, así como vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios:

1. Mostrar actitud de respaldo y compromiso. La persona Titular de la Presidencia del Instituto 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 del Instituto.

Actitud de respaldo de la o el Titular y la Administración.

La o el Titular de la Presidencia del Instituto y la Administración deben:

1.01 Mostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.

1.02 Guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo del Instituto. En aquellas de mayor estructura orgánica, sus distintos niveles administrativos también deben establecer la "actitud de respaldo de la Administración".

1.03 En las directrices, actitudes y conductas reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de las y los servidores públicos en el Instituto.

1.04 Ser un impulsor, no un obstáculo para el control interno.

Normas de conducta.

La Administración debe:

1.05 Establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.

1.06 Con la supervisión de la persona Titular de la Presidencia, debe definir las expectativas que guarda el Instituto, respecto de los valores éticos en las normas de conducta.

Apego a las normas de conducta.

La Administración debe:

1.07 Establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de conducta del Instituto y atender oportunamente cualquier desviación identificada.

1.08 Utilizar las normas de conducta como base para evaluar el apego a la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en todo el Instituto.

1.09 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.

La Administración debe:

1.10 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 para todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de un 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 Instituto, 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.

La Administración debe:

1.11 Asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada del programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad, 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. **Ejercer la responsabilidad de vigilancia**. La persona Titular de la Presidencia del Instituto es responsable de vigilar el funcionamiento del control interno a través de las o los responsables de los procesos sustantivos y administrativos y de las instancias que establezca para tal efecto.

Estructura de vigilancia.

2.01 La persona Titular de la Presidencia del Instituto es responsable de establecer una estructura adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, el recurso y características de la institución.

Responsabilidades de la persona Titular de la Presidencia del Instituto.

2.02 La persona Titular de la Presidencia del Instituto debe vigilar las operaciones del Instituto, ofrecer orientación constructiva a la Administración y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que las mismas logre sus objetivos en línea con los valores éticos y las normas de conducta.

2.03 La persona Titular de la Presidencia del Instituto, deberá contar con el conocimiento necesario respecto del Instituto Electoral de Coahuila, los conocimientos especializados pertinentes, y realizar su función con neutralidad, independencia y objetividad técnica requeridos para cumplir con las responsabilidades de vigilancia en las mismas.

2.04 La persona Titular de la Presidencia del Instituto debe comprender los objetivos del Instituto, sus riesgos asociados y las expectativas de sus grupos de interés.

2.05 La o el Titular deben demostrar además el conocimiento requerido para vigilar, deliberar y evaluar el control interno del Instituto.

2.06 El Consejo General, debe considerar la necesidad de incluir personal con otras habilidades especializadas, y de conformidad con la capacidad presupuestal, que permitan la discusión, ofrezcan orientación constructiva a la o el Titular y favorezcan la toma de decisiones adecuadas, disposiciones jurídicas, normativas y presupuestales aplicables que lo permitan.

2.07 El Instituto debe considerar la inclusión de miembros independientes en el Consejo General, cuando las disposiciones jurídicas y normativas aplicables lo permitan.

Vigilancia general del control interno.

2.08 La persona Titular de la Presidencia del Instituto debe vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del control interno realizado por la Administración. Las responsabilidades de la o el Titular 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 ante sí, como ante todos los miembros del Consejo General y de las principales partes interesadas.
- **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 de controles por parte de cualquier servidora o servidor público.
- **Actividades de Control**. Vigilar a la Administración en el desarrollo y ejecución de las actividades de control, que se definen en este mismo documento.
- **Información y Comunicación**. Analizar y discutir y definir la información estratégica o relevante relativa al logro de las metas y objetivos institucionales necesaria para la toma de decisiones.
- **Supervisión y Mejora Continua**. Examinar la naturaleza y alcance de las actividades de supervisión de la Administración, así como las evaluaciones realizadas por esta y las acciones correctivas implementadas para remediar las deficiencias identificadas.

Corrección de deficiencias.

2.09 La persona Titular de la Presidencia del Instituto debe proporcionar información a la Administración para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

2.10 La Administración debe informar a la persona Titular de la Presidencia del Instituto sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas.

2.11 La persona Titular de la Presidencia del Instituto es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

3. Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad. La o el Titular debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas, normativas y presupuestales 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.

2.01 La o el Titular debe instruir a la Administración y, en su caso, a la unidad administrativa cuyo Titular cuente con las atribuciones específicas, la elaboración de propuesta de la estructura organizacional necesaria para permitir la planeación, ejecución, control y evaluación del Instituto, en la consecución de sus objetivos y gestionar su autorización por parte del Consejo General.

3.02 La Administración debe desarrollar y actualizar la estructura organizacional con la especificación de las responsabilidades generales, y debe asignarlas a las distintas unidades administrativas para que el Instituto, 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 el modo en que las unidades interactúan a fin de cumplir con sus responsabilidades.

3.04 La Administración debe establecer mecanismos para evaluar periódicamente la estructura organizacional y 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, la o el Titular debe asignar responsabilidad y delegar autoridad a los puestos clave a lo largo del Instituto.

3.06 Las o los dueños de los procesos sustantivos y administrativos deben considerar las responsabilidades generales asignadas a cada unidad, determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas y establecer dichos puestos.

3.07 La o el Titular debe determinar qué nivel de autoridad necesitan los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.

Documentación y formalización del control interno.

3.08 La Administración debe desarrollar y actualizar la documentación y formalización de su control interno sustentadas en las cinco normas generales de control interno o conforme a la normatividad emitida por el Órgano Interno de Control.

3.09 La documentación y formalización efectiva del control interno apoya a la Administración en el diseño, implementación, operación y actualización de este, 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 Instituto. La documentación de controles, incluidos los cambios realizados a estos, es evidencia de que las actividades de control son identificadas, comunicadas a las y los responsables de su funcionamiento y que pueden ser supervisadas y evaluadas por la misma institución.

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 y/o normativas aplicables.

4. Demostrar compromiso con la competencia profesional. La Administración es responsable de establecer los medios necesarios para atraer, contratar, capacitar, desarrollar y retener personas que cumplan con el perfil establecido para cada puesto y área de trabajo:

Expectativas de competencia profesional.

La Administración debe:

4.01 Establecer expectativas de competencia profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar al Instituto, a lograr sus objetivos.

4.02 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 Sistema de Control Interno.

4.03 Evaluar la competencia profesional del personal en todo el Instituto, para asegurarse que el personal posee y mantiene un nivel de competencia profesional que le permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia del control interno.

Atracción, desarrollo y retención de profesionales.

4.04 La Administración debe atraer, capacitar, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos del Instituto. Por lo tanto, debe seleccionar y contratar, capacitar, proveer orientación en el desempeño, motivación y reforzamiento del personal.

Planes y preparativos para la sucesión y contingencias.

La Administración debe:

4.05 Definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos.

4.06 Seleccionar y capacitar a los candidatos para cumplir con el perfil establecido para los puestos clave.

4.07 Definir los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación.

5. Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas.

La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en el Instituto y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en el Sistema de Control Interno Institucional.

Establecimiento de la estructura para responsabilizar al personal por sus obligaciones de control interno.

La Administración debe:

5.01 Elaborar y mantener actualizado el manual de organización que defina una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones especificas en materia de control interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. La persona Titular de la Presidencia del Instituto debe evaluar y responsabilizar a la Administración por el desempeño de sus funciones en materia de control interno.

5.02 En caso de establecer 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 principios éticos y normas de conducta del Instituto.

5.03 Responsabilizar a las organizaciones de servicios por las funciones de control interno relacionadas con las actividades tercerizadas que se contraten.

5.04 Bajo la supervisión de la persona Titular de la Presidencia del Instituto debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas.

Consideración de las presiones por las responsabilidades asignadas al personal.

La Administración debe:

5.05 Equilibrar las presiones excesivas de trabajo sobre el personal de la Institución.

5.06 Evaluar las presiones sobre el personal para ayudar a los empleados a cumplir con sus responsabilidades asignadas, en alineación con las normas de conducta y los principios éticos.

SEGUNDA NORMA

II. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Es el proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato del Instituto, mediante el análisis de los distintos factores tanto externos como internos que pueden provocarlos con la finalidad de realizar su gestión y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas. Para la aplicación de esta norma, la persona Titular de la Presidencia del Instituto y la Administración deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistemática de los siguientes principios y elementos de control:

6. Definir Metas y Objetivos institucionales. La o el Titular de la Presidencia del Instituto, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos, a través de un plan estratégico que, de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación a los instrumentos en materia de planeación, así como a los Programas Sectoriales, Especiales e Institucionales en su caso.

Definición de objetivos.

La Administración debe:

6.01 Definir objetivos en términos específicos y medibles a través de sus respectivas metas para permitir el diseño del control interno y sus riesgos asociados. La definición de los objetivos debe realizarse en alineación con el mandato, la misión y visión institucional, con su plan estratégico y con otros planes y programas aplicables, así como con las metas de desempeño.

6.02 Evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas del Instituto, así como con los Programas Sectoriales, Institucionales, Especiales y demás planes, programas y disposiciones aplicables.

6.03 Definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles en el Instituto.

6.04 Determinar si los instrumentos e indicadores de desempeño para los objetivos establecidos son apropiados para evaluar el desempeño del Instituto.

6.05 Definir las metas en términos medibles cuantitativos y/o cualitativamente de manera que se pueda evaluar su desempeño.

6.06 Considerar los requerimientos externos y las expectativas internas al definir los objetivos que permiten el diseño del control interno.

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 gestionarlos de una manera eficaz y asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados al personal de la Institución, mediante las líneas de autoridad establecidas.

Identificación de riesgos.

La Administración debe:

7.01 Identificar riesgos en el Instituto, para proporcionar una base para analizarlos, diseñar respuestas y determinar si están asociados con el mandato institucional, su plan estratégico, los Programas Sectoriales, Institucionales y Especiales 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. Todas y todos los miembros de la organización que toman decisiones son responsables de los riesgos.

7.02 Para identificar los riesgos debe considerar los tipos de eventos que impactan al Instituto. Esto incluye tanto el riesgo inherente como el riesgo residual. El riesgo inherente es el riesgo que enfrenta el Instituto, cuando la Administración no responde ante el riesgo. El riesgo residual es el riesgo que permanece después de la respuesta de la Administración al riesgo inherente. La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos puede causar deficiencias graves en el control interno.

7.03 Considerar todas las interacciones significativas dentro del Instituto, y con las partes externas, cambios y otros factores tanto internos como externos, para identificar riesgos en las mismas.

Análisis de riesgos.

La Administración debe:

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

7.05 Estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel Instituto, como a nivel transacción al considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza del riesgo.

7.06 Considerar la correlación entre los distintos riesgos o grupos de riesgos al estimar su relevancia.

Respuesta a los riesgos.

La Administración debe:

7.07 Diseñar respuestas a los riesgos analizados de modo que estos se encuentren debidamente controlados, con el propósito de tomar mejores decisiones acerca de la incertidumbre que afectan su futuro y asegurar razonablemente el cumplimiento de sus objetivos.

7.08 Con base en la respuesta al riesgo seleccionada, diseñar acciones específicas de atención, con un programa de trabajo de administración de riesgos, el cual proveerá mayor garantía de

que el Instituto alcanzará sus objetivos, por lo que debe evaluar periódicamente el riesgo con el fin de asegurar la efectividad de las acciones de control propuesta para mitigarlos.

7.09 Fundamentar la baja de cualquier riesgo que haya sido previamente identificado y documentado en la matriz de administración de riesgos, siempre que se pueda justificar plenamente.

8. Considerar el Riesgo de Corrupción. La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de hechos de corrupción relacionados 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 Instituto, y que puedan proporcionar una base para su identificación.

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 con el objeto de engañar a los usuarios de estos.
- Apropiación indebida de activos. Consiste principalmente en 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 una servidora o servidor público puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, o comisiones.
- Utilización de los recursos asignados y las facultades atribuidas para fines distintos a los legales.
- Pretensión de la servidora o servidor público de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la Institución le otorga por el desempeño de su función.
- Participación indebida de la servidora o servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier servidora o 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 servidora o servidor público para inducir a que otra servidora y 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 otras servidoras o servidores públicos o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.
- Intimidación de la servidora o servidor público o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.
- Tráfico de influencias. Consistente en que la servidora o servidor público utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otra servidora o 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 la servidora o servidor público o personas antes referidas formen parte.
- Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. Cuando en el ejercicio de sus funciones, la servidora o servidor público llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.
- Peculado. Cuando la servidora o 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 la servidora o 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.
- Las Faltas Graves y No Graves establecidas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

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.

La Administración debe:

8.03 Considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando estos ocurren.

8.04 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.

La Administración debe:

8.05 Analizar y responder a los riesgos de corrupción, 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.

8.06 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 Instituto. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre el personal para mejorar la segregación de funciones.

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.

Identificación del cambio.

La Administración debe:

9.01 En la administración de riesgos o un proceso similar, 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 Prevenir y planear acciones ante cambios significativos en las condiciones internas (cambios internos) tales como modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología; y externas,

como cambios en el entornos gubernamental, económico, tecnológico, legal, regulatorio, y social (cambios externos).

Análisis y respuesta al cambio.

La Administración debe:

9.03 Analizar y responder a los cambios identificados y a los riesgos asociados con estos, 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 estos.

TERCERA NORMA

III. 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 del Instituto, 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. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

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

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 del Instituto. 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.

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 apropiadas.

10.02 La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudan a la o el Titular y a la Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno.

A continuación, se presentan de manera enunciativa, mas no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para el Instituto:

- Revisiones periódicas por la administración al desempleo a nivel función o actividad.
- Administración del talento 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 estos.
- Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno.

10.03 Las actividades de control pueden ser preventivas o defectivas. La primera se dirige a evitar que el Instituto, falle en lograr un objetivo o enfrentar un riesgo y la segunda descubre antes de que concluya la operación cuando el Instituto, no 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, considerando que las automatizadas tienden a ser más confiables, ya que son menos susceptibles a errores humanos y suelen ser más eficientes. Si las operaciones en el Instituto 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 del Instituto.

Diseño de Actividades de Control en varios niveles. La Administración debe:

10.06 Diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.

10.07 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 el Instituto, cumpla con sus objetivos y conduzca los riesgos relacionados.

10.08 Los controles a nivel Instituto, 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 Instituto o de transacción, debe evaluar el nivel de precisión necesario para que el Instituto, 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.

La Administración debe:

10.11 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 una o un solo servidor público, pero no puede impedirse absolutamente el riesgo de colusión cuando dos o más servidoras o 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, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar el riesgo de corrupción, desperdicio o abuso en los procesos operativos.

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.

La Administración debe:

11.01 Desarrollar los sistemas de información del Instituto, de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.

11.02 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 Desarrollar los sistemas de información y el uso de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos del Instituto. 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 Evaluar los objetivos de procesamiento de información: seguridad, integridad, oportunidad, confiabilidad, exactitud y validez, para satisfacer las necesidades de información definidas.

Diseño de los tipos de actividades de control apropiadas.

11.05 La Administración debe diseñar actividades de control apropiados en los sistemas de 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 (a nivel Instituto, de sistemas y de aplicaciones) son las políticas y procedimientos que se aplican a la totalidad o a un segmento de los sistemas de información. Los controles generales fomentan el buen funcionamiento de los sistemas de información mediante la creación de un entorno apropiado para el correcto funcionamiento de los controles de aplicación. 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.

La Administración debe:

11.08 Diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de TIC's. 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 de la Institución puede ser compleja y puede ser compartida por diferentes unidades dentro de la misma o tercerizada. La Administración debe evaluar los objetivos del Instituto y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's.

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60

11.09 Mantener la evaluación de los cambios en el uso de las TIC's y debe diseñar nuevas actividades de control cuando estos cambios se incorporan en la infraestructura de las TIC's. 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.

La Administración debe:

11.10 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 estos. Los objetivos para la gestión de la seguridad deben incluir la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.

11.11 Diseñar las actividades de control sobre permisos para proteger al Instituto, del acceso inapropiado y el uso no autorizado del sistema. 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.

11.12 Evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's tanto de fuentes internas como externas.

11.13 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.

La Administración debe:

11.14 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 en el diseño de las actividades de control. El ciclo 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 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 Debe también evaluar los riesgos de utilizar la contratación de servicios tercerizados para el desarrollo de las TIC's.

11.17 Supervisar que tanto la adquisición de software, hardware y los servicios de mantenimiento tercerizados estén sujetos a las disposiciones normativas aplicables.

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.

La Administración debe:

12.01 Documentar, a través de políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de control interno en el Instituto.

12.02 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 Comunicar al personal las políticas y procedimientos para que este pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas. 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.

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 NORMA

IV. 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 las y 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 al Instituto.

Para la aplicación de esta norma, la persona Titular de la Presidencia del Instituto y la Administración, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

13. Utilizar 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 SCII;

Identificación de los requerimientos de información.

La Administración debe:

13.01 Diseñar un proceso que considere los objetivos institucionales y los riesgos asociados a estos, 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 Identificar los requerimientos de información en un proceso continuo que se desarrolla en todo el control interno. Conforme ocurre un cambio en el Instituto, 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. Los datos relevantes tienen una conexión lógica con 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 Instituto.

14. Comunicar Internamente. La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.

Comunicación en toda la institución.

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

14.02 La Administración debe comunicar información de calidad hacia abajo y lateralmente a través de las líneas de autoridad para permitir que el personal desempeñe funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al control interno.

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

14.04 La persona Titular de la Presidencia del Instituto 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 Consejo General 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.

14.05 Cuando las líneas 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, para la comunicación de información confidencial o sensible.

Métodos apropiados de comunicación.

La Administración debe:

14.06 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 de la información, la disponibilidad, el costo para comunicar la información, y los requisitos legales o reglamentarios.

14.07 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. Comunicar Externamente. La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante. Al

respecto es importante resaltar la relevancia que guarda la actualización permanente de la información del portal del Instituto en términos de la normatividad aplicable en materia de transparencia y publicidad de la información pública.

Comunicación con partes externas.

La Administración debe:

15.01 Comunicar a las partes externas, y obtener de estas, 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, contratistas, servicios tercerizados, reguladores, auditores externos, instituciones gubernamentales y el público en general.

15.02 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, debe incluir en esta información la comunicación relativa a los eventos y actividades que impactan el control interno.

15.03 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 La persona Titular de la Presidencia del Instituto debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada al Consejo General 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 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. 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, para la comunicación de información confidencial o sensible.

Métodos apropiados 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 del Instituto, para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.

15.08 El Instituto debe informar sobre su desempeño a las instancias y autoridades que correspondan, de acuerdo con las disposiciones aplicables. Adicionalmente, deben rendir cuentas a la ciudadanía sobre su actuación y desempeño, en estricto apego a la ley.

QUINTA NORMA

V. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

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

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

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

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

Para la aplicación de esta norma, la persona Titular de la Presidencia del Instituto y la Administración, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

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 el Instituto 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 representaran 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 Instituto.

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 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 subsecuentes.

Supervisión del Control Interno.

La Administración debe:

16.03 Supervisar el control interno a través de autoevaluaciones y evaluaciones independientes. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones del Instituto 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 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 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 dichas evaluaciones, principalmente, de la administración de riesgos, la eficacia del monitoreo permanente y la frecuencia de cambios dentro del Instituto 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 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.

La Administración debe:

16.08 Evaluar y documentar los resultados de las autoevaluaciones y de las evaluaciones independientes para identificar problemas en el control interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar si el control interno es eficaz y apropiado.

16.09 Identificar los cambios que han ocurrido en el control interno, derivados de modificaciones en la institución y en 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. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias. Todas y todos los servidores públicos del Instituto, deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como a la persona Titular de la Presidencia del Instituto 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 del Instituto.

Informe sobre problemas.

17.01 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 a la persona Titular de la Presidencia del Instituto.

17.02 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, las unidades especializadas, en su caso, y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones.

17.03 En función de los requisitos legales o de cumplimiento, el Instituto 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 el Instituto está sujeto.

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, persona Titular de la Presidencia del Instituto, o la Administración, en su caso, 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.

ELEMENTOS DE CONTROL:

AMBIENTE DE CONTROL.

1. Los servidores públicos de la institución, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales (Institucional).

2. Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a los encargados de las aéreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento (Institucional).

3. La institución cuenta con un Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento del Código de Ética y de Conducta; se cumplen con las reglas de integridad para el ejercicio de la función pública y sus lineamientos generales (Institucional).

4. Se aplican, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, determinan acciones de mejora, dan seguimiento y evalúan sus resultados (Institucional).

5. La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos.

6. Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos (Institucional).

7. El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable.

8. Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

9. Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control.

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 estás son ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad.

11. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos.

12. Se instrumentan en los procesos 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.

ACTIVIDADES DE CONTROL.

13. Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC's.

14. Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal.

15. Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales.

16. Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos.

17. Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia.

18. Se identifica en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención.

19. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control.

20. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia.

21. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's.

22. 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.

23. En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados de las personas servidoras públicas que causaron baja, tanto a espacios físicos como a TIC's.

24. Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital Nacional en los procesos de gobernanza, organización y de entrega, relacionados con la planeación, contratación y administración de bienes y servicios de TIC's y con la seguridad de la información.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

25. 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.

26. Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas

institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos.

27. 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.

28. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Consejo General, de Comités Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma.

29. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias (Institucional).

30. Se cuenta con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección y al Consejo General realizar seguimientos y tomar decisiones (Institucional).

SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

31. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de control interno.

32. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre Tecnologías de la Información, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso.

33. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte de la persona Titular de la Presidencia del Instituto y la Administración, Órgano Interno de Control o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

TRANSITORIOS

PRIMERO. - El presente Acuerdo por el cual se emiten las Disposiciones, Marco Integrado y Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno del Instituto Electoral de Coahuila, entrará en vigor al día hábil siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Estado de Coahuila. ----------

SEGUNDO. - El cumplimiento a lo establecido en las presentes Disposiciones se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que tenga asignado el Instituto, por lo que no implicará la creación de estructuras ni la asignación de recursos adicionales. ----------

TERCERO. - El Órgano Interno de Control del Instituto Electoral de Coahuila llevará a cabo las acciones que permitan la implementación, así como el adecuado funcionamiento y desarrollo del presente acuerdo en todo su contenido. ----------

CUARTO. - El Órgano Interno de Control del Instituto Electoral de Coahuila pondrá a disposición del Instituto, los formatos necesarios para llevar a cabo la implementación del Sistema de Control Interno Institucional a través de las herramientas informáticas que para tal efecto se determinen. ----------

QUINTO. - Publíquese en el Periódico Oficial del Estado de Coahuila. ----------

Saltillo, Coahuila de Zaragoza a 03 de junio del año 2026

CONTRALORÍA INTERNA
IEC
Instituto Electoral de Coahuila
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

LIC. MARÍA TERESA NARES CISNEROS
CONTRALORA INTERNA DEL INSTITUTO ELECTORAL DE COAHUILA

Blvd. Luis Donaldo Colosio N° 6207, Fracc. Rancho la Torrecilla, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila de Zaragoza, Tel. (844) 438 62 60