Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 33 fracción III de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo y con la finalidad de normar la integración y funcionamiento para dar cumplimiento a lo establecido en el Capítulo Décimo tercero, artículos 301, 302, 303 y 304 del Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, se expiden las siguientes:

DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE HIDALGO

TÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I
Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones

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

La persona Titular así como los demás servidores públicos que integran la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia el Modelo Estatal de Control Interno para el Sector Público del Estado de Hidalgo (MEMICI) y como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del Control Interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

2. DEFINICIONES.

Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

I. **Acción (es) de control:** Las actividades determinadas e implantadas por la persona Titular de la Comisión y demás servidores públicos para alcanzar los objetivos Institucionales, a fin de 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 Titular de la Comisión y demás servidores públicos para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;

III. **Administración:** Los servidores públicos de mandos superiores y medios diferentes al Titular de la Institución;

IV. **Administración de riesgos:** El proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la Institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias

V. y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;

VI. **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;

VII. **Autocontrol:** La implantación 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;

VIII. **Comité y/o COCODI:** El Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Gestión de la Calidad establecido en el Capítulo Décimo tercero del Reglamento de la Ley de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.

IX. **Competencia profesional:** La cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación y experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de los individuos para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades;

X. **Comisión:** Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo;

XI. **Consejo:** El Consejo Consultivo de la Comisión;

XII. **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;

XIII. **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;

XIV. **Control Interno:** El proceso efectuado por la persona Titular de la Comisión, la Administración, y los demás servidores públicos de una Institución, 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;

XV. **Control preventivo (antes):** Se entiende como 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;

XVI. **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 de fiscalización;

XVII. **Disposiciones:** Las presentes Disposiciones en Materia de Control Interno para la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.

XVIII. **Economía:** Los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida;

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

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

XXI. **Elementos de control:** Los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir la Comisión en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;

XXII. **Evaluación del Sistema de Control Interno:** El proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen los Componentes de Control Interno y sus principios, así como los elementos de Control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del Control Interno en sus respectivas categorías;

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

XXIV. **Gestión de riesgos de corrupción:** Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses de una Institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas, en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y/o servicios internos y externos;

XXV. **Impacto o efecto:** Las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;

XXVI. **Informe Anual:** El Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional;

XXVII. **Ley:** La Ley de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo;

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

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

XXX. **Matriz de Administración de Riesgos:** La herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la Institución, considerando las etapas de la metodología de administración de riesgos;

XXXI. **Marco Estatal y/o MEMICI:** Marco Estatal de Control Interno para el Sector Público del Estado de Hidalgo que servirá como referencia para la diseño, implementación y evaluación del Sistema de Control Interno Institucional de la Comisión;

XXXII. **MIR y/o Matriz de Indicadores para Resultados:** La herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Estatal de Desarrollo y sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos de las Instituciones; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño;

XXXIII. **Mejora continua:** Al 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;

XXXIV. **Objetivos institucionales:** Conjunto de objetivos específicos definidos en el Plan de Desarrollo Institucional a que hace referencia el artículo 33 fracción XXIII de la Ley de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo

XXXV. **Órgano Fiscalizador:** El Órgano Interno de Control;

XXXVI. **Procesos administrativos:** Aquellos necesarios para la gestión interna de la Institución que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya que dan soporte a los procesos sustantivos;

XXXVII. **Probabilidad de ocurrencia:** La estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;

XXXVIII. **Procesos sustantivos:** Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la Institución, es decir, con el cumplimiento de su misión Institucional;

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

XL. **PTAR:** El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

XLI. **PTCI:** El Programa de Trabajo de Control Interno;

XLII. **Reglamento:** El Reglamento de la Ley de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo;

XLIII. **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;

XLIV. **Riesgo (s) de corrupción:** La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de una Institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas;

XLV. **Seguridad razonable:** El alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la Institución serán alcanzados;

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

XLVII. **Unidades administrativas:** Las comprendidas en la Ley y el Reglamento Interior de la Ley de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente.

CAPÍTULO II
Responsables de su Aplicación y Vigilancia

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

Será responsabilidad de la persona Titular de la Comisión y demás servidores públicos de la Institución, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno Institucional, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; además de instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de las presentes Disposiciones.

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

4. COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO Y ENLACES.

Con base en el artículo 304 inciso b) del Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, la función de Coordinación de Control Interno recaerá en quien ejerza la titularidad de la Oficialía Mayor para asistir a la Persona Titular de la Comisión en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones.

La Persona Titular de la Comisión designará vía oficio a los Enlaces quienes no podrán ser los miembros del Comité quienes funjan como Vocales, estos tendrán que ser preferentemente:

I. Titular de la Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales
II. Titular de la Dirección de Recursos Humanos
III. Titular de la Coordinación de Planeación y Evaluación
IV. Titular de Presupuesto y Contabilidad
V. Titular de la Unidad de Informática, Estadística y Desarrollo Tecnológico

5. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.

El Órgano Fiscalizador conforme a sus respectivas atribuciones, serán responsables de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las Disposiciones; adicionalmente, en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para la implementación de su SCII.

TÍTULO SEGUNDO

MARCO DE REFERENCIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I
Marco de Referencia, Componentes y Principios de Control Interno

6. MARCO ESTATAL DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO DEL ESTADO DE HIDALGO

La implementación de un Sistema de Control Interno en la Institución, constituye una herramienta fundamental para la consecución de los objetivos institucionales en el desarrollo del Estado, que es el eje rector de las políticas públicas, a través de las cuales el aparato de gobierno busca generar mejores condiciones de bienestar social.

Definición de Control Interno
El Marco Estatal define al Control Interno como un proceso efectuado por el Titular, la Administración, el Órgano de Gobierno, y los demás servidores públicos de una Institución, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de los objetivos de las instituciones y salvaguardar los recursos públicos, y así como para prevenir la corrupción

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

- Operación. Se refiere a la eficacia, eficiencia y economía de las operaciones.
- Información. Consiste en la confiabilidad de los informes internos y externos.
- Cumplimiento. Se relaciona con el apego a las disposiciones jurídicas y normativas

Estas categorías son distintas, pero interactúan creando sinergias que favorecen el funcionamiento de la Institución para lograr su misión, visión y objetivos institucionales. Un objetivo particular puede relacionarse con más de una categoría, resolver diferentes necesidades y ser responsabilidad directa de diversos servidores públicos.

Características del Control Interno
El Control Interno conforma un sistema integral y continuo aplicable al entorno operativo de la institución que, llevado a cabo por su personal, provee una seguridad razonable, más no absoluta, de que los objetivos de la institución serán alcanzados.

7. ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL INTERNO

Para el establecimiento del Sistema de Control Interno Institucional, la Comisión tomará como referencia el Marco Estatal, el cual provee criterios para evaluar el diseño, la implementación y la eficacia operativa del Control Interno en las instituciones de la Administración Pública y para determinar si el Control Interno es apropiado y suficiente para cumplir con las tres categorías de objetivos.

Componentes, Principios y Puntos de Interés del Control Interno

Los componentes del Control Interno representan el nivel más alto en la jerarquía del Marco. Los cuales deben ser diseñados e implementados adecuadamente y deben operar en conjunto y de manera sistémica, para que el Control Interno sea apropiado.

Los 17 principios respaldan el diseño, implementación y operación de los componentes asociados de Control Interno y representan los requerimientos necesarios para establecer un Control Interno apropiado, es decir, eficaz, eficiente, económico y suficiente conforme a la naturaleza, tamaño, disposiciones jurídicas y mandato de la institución.

Los cinco componentes y 17 principios de Control Interno son:

- **Ambiente de Control.** Es la base del Control Interno. Proporciona disciplina y estructura para apoyar al personal en la consecución de los objetivos institucionales.

Principio 1. La Persona Titular y la Administración deben mostrar una actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y la corrupción.

Principio 2. La Persona Titular y la Administración es responsable de vigilar el funcionamiento del Control Interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto.

Principio 3. La Persona Titular debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar los objetivos institucionales, preservar la integridad, prevenir la corrupción y rendir cuentas de los resultados alcanzados.

Principio 4. La Administración, es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes.

Principio 5. La Administración, debe evaluar el desempeño del Control Interno en la institución y hacer responsables a todos los servidores públicos por sus obligaciones específicas en la materia.

- **Administración de Riesgos.** Es el proceso que evalúa los riesgos a los que se enfrenta la institución en la procuración de cumplimiento de sus objetivos. Esta evaluación provee las bases para identificar los riesgos, analizarlos, catalogarlos, priorizarlos y desarrollar respuestas que mitiguen su impacto en caso de materialización, incluyendo los riesgos de corrupción.

Principio 6. La Persona Titular, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente los objetivos institucionales en su plan de desarrollo institucional que, de manera coherente y ordenada, se asocie a éstos y a su mandato legal, asegurando además que dicha planeación estratégica contemple la alineación de la institución a los planes nacionales, regionales, sectoriales y todos los demás instrumentos y normativas vinculatorias que correspondan.

Principio 7. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales, así como de los procesos por los que se obtienen los ingresos y se ejerce el gasto, entre otros.

Principio 8. La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realiza la institución.

Principio 9. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar al Control Interno.

- **Actividades de Control.** Son aquellas acciones establecidas, a través de políticas y procedimientos, por los responsables de las unidades administrativas para alcanzar los objetivos de las instituciones y responder a sus riesgos asociados, incluidos los de corrupción y los de sistemas de información.

Principio 10. La Administración, debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos que realizan, incluyendo los riesgos de corrupción.

Principio 11. La Administración, debe diseñar los sistemas de información institucional y las actividades de control asociadas, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.

Principio 12. La Administración, debe implementar las actividades de control a través de políticas, procedimiento y otros medios de similar naturaleza, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas. Asimismo, deben ser apropiadas, suficientes e idóneas para enfrentar los riesgos a los que están expuestos sus procesos.

- **Información y Comunicación.** Es la información de calidad que la Administración y los demás servidores públicos generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el Sistema de Control Interno y dar cumplimiento a su mandato legal.

Principio 13. El Titular y la Administración, deben implementar los medios que permitan a las unidades administrativas generar y utilizar información pertinente y de calidad para la consecución de los objetivos institucionales.

Principio 14. La Persona Titular y la Administración, son responsables que las unidades administrativas comuniquen internamente, por los canales apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, la información de calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales.

Principio 15. La Persona Titular y la Administración, son responsables que las unidades administrativas comuniquen externamente, por los canales apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, la información de calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales.

- **Supervisión.** Son las actividades establecidas y operadas por las unidades específicas que la Persona Titular ha designado, con la finalidad de mejorar de manera continua al Control Interno mediante una vigilancia y evaluación periódicas a su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la Administración en cada uno de los procesos que realiza, y se apoya, por lo general, en unidades específicas para llevarla a cabo.

  Las Entidades Fiscalizadoras Superiores y otros revisores externos proporcionan una supervisión adicional cuando revisan el Control Interno de la institución, ya sea 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.

Principio 16. La Administración, debe establecer actividades para la adecuada supervisión del Control Interno y la evaluación de sus resultados.

Principio 17. La Administración, es responsable de corregir oportunamente las deficiencias de Control Interno detectadas.

Adicionalmente, el Marco contiene información específica presentada como puntos de interés, los cuales tienen como propósito proporcionar al Titular y la Administración, material de orientación para el diseño, implementación y operación de los principios a los que se encuentran asociados. Los puntos de interés dan mayores detalles sobre el principio asociado al que atienden y explican de manera más precisa los requerimientos para su implementación y documentación, por lo que orientan sobre la temática que debe ser abordada. Los puntos de interés también proporcionan antecedentes sobre cuestiones abordadas en el Marco.

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

8. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.

El control interno es responsabilidad de la Persona Titular de la Comisión, quien lo implementa con apoyo de la Administración (mandos superiores y medios) y del resto de los servidores públicos, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

I. GENÉRICAS:

Todos los servidores públicos de la Institución, son responsables de:

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

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

a) Determinarán las metas y objetivos de la Institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Institución para la consecución de los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;
b) Establecerán y mantendrán un SCII apropiado, operando y actualizado conforme a las Componentes de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
c) La Persona Titular supervisará que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;
d) Verificarán que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;
e) La Persona Titular aprobará el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
f) La Persona Titular aprobará la metodología para la administración de riesgos.
g) La Persona Titular instruirá y supervisará que las unidades administrativas, el Vocal Ejecutivo y Coordinador de Control Interno, el Enlace del Sistema de Control Interno Institucional y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos Institucional y acordará con el Coordinador de Control Interno la metodología de administración de riesgos.
h) La Persona Titular instruirá a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. DEL VOCAL EJECUTIVO Y COORDINADOR DE CONTROL INTERNO:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución, el Órgano Fiscalizador en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;
b) Acordar con la Persona Titular de la Comisión las acciones para la implementación y operación del SCII;
c) Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Institución;
d) Revisar con el Enlace del SCII y presentar para aprobación del Titular de la Institución el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

En la Administración de Riesgos:

e) Acordar con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;
f) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión.
g) Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular del Órgano Fiscalizador y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, para la autorización del Titular, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;
h) Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes Disposiciones y ser el canal de comunicación e interacción con el Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos;
i) Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.
j) Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
k) Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
l) Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR institucionales, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas;
m) Comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR institucionales determinados en el Comité.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

n) Determinar, conjuntamente con la Persona Titular de la Comisión, los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y reflejarlos en la Orden del Día; así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
o) Revisar y validar que la información Institucional sea suficiente, relevante y competente en colaboración con el Enlace del Comité para su integración en los 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.
p) Solicitar al Enlace del Comité que incorpore la información que compete a las unidades administrativas de la Institución, para la su integración a más tardar 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

En la Gestión de la Calidad:

q) Ser el canal de comunicación con las unidades administrativas para la implementación, seguimiento y vigilancia de los procesos de gestión de calidad;
r) Coordinar la operación de dichos procesos y acordar con el Titular las acciones de mejora continua;
s) Revisar y presentar para aprobación del Titular los reportes de avances y resultados de la gestión de calidad.

Asimismo, el Vocal Ejecutivo podrá designar y remover libremente a los Enlaces de Control Interno y de Gestión de la Calidad, debiendo notificar dicha designación o remoción al Titular de la Institución.

*Numeral 8, Fracción III: (REFORMADA, adición del apartado "En la Gestión de la Calidad", **ACUERDOS COCODI/SE/01/26-1, COCODI/SE/01/26-2** de fecha 21 de agosto del 2026)*

IV. DEL ENLACE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL:

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;
b) Definir las áreas administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;
c) Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las unidades administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;
d) Revisar con los responsables de las unidades administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de los componentes, sus principios y elementos de control interno;
e) Elaborar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;

f) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
g) Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avances Trimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno.

V. DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas responsables de la administración de riesgos;
b) Informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;
c) Para tal efecto, se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que se apruebe por el Comité;
d) Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos institucionales de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos;
e) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
f) Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avance Trimestral;
g) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos de la Institución, así como los determinados por el Comité.
h) Resguardar la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

VI. DEL ENLACE DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL:

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;
b) Solicitar a las unidades administrativas de la Institución la información suficiente, relevante y competente para su integración con 10 días hábiles de anticipación a la celebración del Comité;
c) Remitir al Coordinador de Control Interno la información Institucional consolidada para su revisión y validación;

d) Integrar la información para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión.
e) Dar seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

VII. DEL ENLACE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

a) Proponer e integrar estrategias de evaluación y difusión de la Gestión de la Calidad;
b) Dar seguimiento al manual de calidad y a la documentación de los procesos;
c) Documentar los procesos del Sistema de Gestión de Calidad;
d) Coadyuvar en la promoción de una nueva cultura de calidad; y
e) Informar al Vocal Ejecutivo sobre avances y resultados.

*Numeral 8, Fracción VII "Del Enlace de Gestión de la Calidad": (ADICIONADA, **ACUERDOS COCODI/SE/01/26-1, COCODI/SE/01/26-2** de fecha 21 de agosto del 2026)*

VIII. DEL ÓRGANO FISCALIZADOR:

*Numeral 8, Fracción VIII "Del Órgano Fiscalizador": (RECORRIDA EN SU ORDEN, antes Fracción VII, **ACUERDOS COCODI/SE/01/26-1, COCODI/SE/01/26-2** de fecha 21 de agosto del 2026)*

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

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

En la Administración de Riesgos:

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

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

9. DE LA EVALUACIÓN DEL SCII.

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

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

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

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

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

g) Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.
h) Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

La Institución deberá elaborar y remitir, en el mes de diciembre de cada año, al Órgano Interno de Control, una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SCII, para ello podrá utilizar el siguiente formato:

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

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

PRIMERA. AMBIENTE DE CONTROL.

1. Los servidores públicos 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 de desarrollo institucional están comunicados y asignados a los encargados de las áreas 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 de los Códigos de Ética y de Conducta; se cumplen con las reglas de integridad para el ejercicio del servicio público y sus lineamientos generales (Institucional);
4. Se aplican, evaluaciones sobre el conocimiento de los servidores públicos respecto del conocimiento del Código de Ética y Código de Conducta, donde 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; y
8. Se tiene implementado un programa de capacitación o en su caso se prevén capacitaciones en temas sustantivos en materia de Derechos Humanos, Ética, Integridad, Ejercicio del presupuesto, Transparencia, entre otros temas relacionados a la función sustantiva de la Comisión.

SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

1. 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;
2. Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas son ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad;
3. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos; y
4. 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.

TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL.

1. 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;
2. 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;
3. 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;
4. Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;
5. 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;
6. 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;
7. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;
8. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;

9. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;
10. 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;
11. En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's; y
12. 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 (Institucional TIC's).

CUARTA. INFORMAR Y COMUNICAR.

1. 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;
2. Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan de desarrollo institucional, así como los objetivos y metas cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;
3. 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;
4. Se cuenta con un registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados por los Comités institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;
5. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias (Institucional); y
6. Se cuenta con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección realizar seguimientos y tomar decisiones (Institucional).

Quinta. Supervisión y Mejora Continua.

1. 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;
2. 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; y
3. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte del Titular y la Administración, Órgano Fiscalizador o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

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

10. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES.

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

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

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

Sección II
Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional.

11. DE SU PRESENTACIÓN.

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación, la Persona Titular de la Comisión y el Coordinador de Control interno presentarán con su firma autógrafa un Informe Anual:

I. Al Titular del Órgano Fiscalizador, a más tardar el 31 de enero de cada año;
II. Al Comité en la primera sesión ordinaria.

12. DE LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN.

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

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por componente de control interno;
b) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por componente de control interno;
c) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por componente de control interno, y
d) Debilidades o áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional.

II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el PTCI del ejercicio inmediato anterior.

III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCI.

La evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo, estos documentos estarán bajo resguardo del Coordinador de Control Interno.

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

13. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.

El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada componente, 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 del Titular de la Institución, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace del SCII.
Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 diciembre de cada año, en caso contrario, se documentarán y presentarán en el Comité las justificaciones correspondientes, así como considerar los aspectos no atendidos en la siguiente evaluación del SCII y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCI.

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

14. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.

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

15. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente al Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

a) Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;
b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité;
c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno; y
d) Firma del Coordinador de Control Interno.

II. El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:

a) Al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 20 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

16. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO FISCALIZADOR AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

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

I. Al Titular de la Institución y al Coordinador de Control Interno, con entrega de copia de conocimiento a ambos, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCI, y
II. Al Comité, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

*Numeral 16, inciso a): (REFORMADO, **ACUERDOS COCODI/SE/01/26-1, COCODI/SE/01/26-2** de fecha 21 de agosto del 2026)*

Sección IV
Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y PTCI.

17. INFORME DE RESULTADOS.

El Titular del Órgano Fiscalizador evaluará el Informe Anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados:

I. Al Titular de la Institución y al Coordinador de Control Interno, con entrega de copia de conocimiento a ambos, a más tardar el último día hábil del mes de febrero, y

*Numeral 17, fracción I: (REFORMADA, **ACUERDOS COCODI/SE/01/26-1, COCODI/SE/01/26-2** de fecha 21 de agosto del 2026)*

II. Al Comité, en su primera sesión ordinaria.

18. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.

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

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

Los servidores públicos responsables de las Unidades Administrativas y/o procesos de la Institución deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el Órgano Fiscalizador, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

TÍTULO TERCERO
METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
CAPÍTULO I
Proceso de Administración de Riesgos

19. INICIO DEL PROCESO.

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

20. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA.

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente numeral deberá tomarse como base y desarrollarse conjuntamente con la metodología de administración de riesgos de la Comisión, misma que deberá estar debidamente autorizada por la Persona Titular de la Institución y documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos.

I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

Lo anterior debe tener como propósito:

1. Establecer un contexto apropiado;
2. Asegurar que los objetivos, metas y procesos de la Institución sean comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;
3. Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y
4. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la Institución para el adecuado análisis de los riesgos.

II. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

d) Identificación de factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:

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

- Normativo: Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos.
- Entorno: Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

e) Tipo de factor de riesgo: Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:

- Interno: Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización.
- Externo: Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.

f) Identificación de los posibles efectos de los riesgos. Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, en caso de materializarse el riesgo identificado.

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

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

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

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

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

IV. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

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

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

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

V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

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

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

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

VI. MAPA DE RIESGOS.

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

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

Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica.- Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5;
Cuadrante III. Riesgos Controlados.- Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes, y
Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento.- Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

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

Se realizará considerando lo siguiente:

a) Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:

1) Evitar el riesgo.- Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que sí una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.

2) Reducir el riesgo.- Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.

3) Asumir el riesgo.- Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III, Riesgos Controlados de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.

4) Transferir el riesgo.- Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:

- Protección o cobertura: Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.
- Aseguramiento: Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

- Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible.
- Diversificación: Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia, la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.

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

b) Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, las cuales se incorporarán en el PTAR.
c) Para los riesgos de corrupción que hayan identificado las Instituciones, éstas deberán contemplar solamente las estrategias de evitar y reducir el riesgo, toda vez que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, en tanto que lesionan la imagen, la credibilidad y la transparencia de las Instituciones.

21. DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

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

COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

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

CONTEXTO.

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

EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

Tratándose de los riesgos de corrupción no se tendrán en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidas en el inciso g) de la etapa de Evaluación de Riesgos, debido a que serán de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la Institución, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

22. TOLERANCIA AL RIESGO.

La Administración deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por la Institución. En donde la tolerancia al riesgo se debe considerar como el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento cabal del objetivo estratégico, respecto de su grado real de cumplimiento. Una vez definidos los niveles de tolerancia, los responsables de cada riesgo deben supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia, mediante indicadores que para tal efecto establezcan, reportando en todo momento al Titular de la Institución y Coordinador de Control Interno, en caso que se exceda el riesgo el nivel de tolerancia establecido.

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

CAPÍTULO II
Seguimiento de la Administración de Riesgos

23. PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, debidamente firmado por el Titular de la Institución, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

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

24. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

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

a) Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y el porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;
b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité;
c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
d) Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.

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

a) Al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 20 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y
b) Al Comité en las sesiones ordinarias como sigue:

1. Reporte de Avances del primer trimestre en la segunda sesión;
2. Reporte de Avances del segundo trimestre en la tercera sesión;
3. Reporte de Avances del tercer trimestre en la cuarta sesión, y
4. Reporte de Avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

25. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR.

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

26. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO FISCALIZADOR AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

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

I. Al Titular de la Institución y al Coordinador de Control Interno, con entrega de copia de conocimiento a ambos, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTAR, y

*Numeral 26, inciso a): (REFORMADO, **ACUERDOS COCODI/SE/01/26-1, COCODI/SE/01/26-2** de fecha 21 de agosto del 2026)*

II. Al Comité en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

27. DEL REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.

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

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

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

TÍTULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL Y DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CAPÍTULO I
De los Objetivos del Comité

28. DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ.

La Persona Titular de la Comisión instalará y encabezará el Comité de Control, Desempeño Institucional y de Gestión de la Calidad, el cual tendrá los siguientes objetivos:

I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;
II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;

III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;
IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;
V. Impulsar el establecimiento y actualización del 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 las mismas;
VII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución; y
VIII. Agregar valor a la gestión Institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten.

CAPÍTULO II
De la Integración del Comité

29. DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.

La integración del Comité de la Comisión se sujetará a lo establecido en el artículo 304 del Reglamento. El Comité será encabezado por la Persona Titular de la Comisión, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

a) Presidencia del Comité: Titular de la Presidencia de la Comisión;
b) Vocalía Ejecutiva y Coordinación de Control Interno: Titular de la Oficialía Mayor de la Comisión;
c) Vocales:
I. Titulares de las Visitadurías Generales;
II. Titular de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión; y

Con voz sin derecho a voto

III. Titular del Órgano Interno de Control;

Como invitados con derecho a voz:

d) Enlaces:
I. Del Sistema de Control Interno Institucional;
II. De Administración de Riesgos;
III. Del Comité de Control y Desempeño Institucional; y
IV. De Gestión de la Calidad.

30. DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA.

El Titular del Órgano Interno de Control como miembro propietario y/o Suplente participarán en el Comité en calidad de Órgano de Vigilancia de la Institución.

31. DE LOS INVITADOS.

Se podrán incorporar al Comité como invitados:

a) Los responsables de las áreas de la Institución competentes de los asuntos a tratar en la sesión;
b) Los Enlaces del Sistema de Control Interno Institucional, de Administración de Riesgos, del Comité y de Gestión de la Calidad;
c) Los servidores públicos de la Comisión que consideren los miembros propietarios y que previamente hayan solicitado su incorporación en la sesión correspondiente del Comité, al Vocal Ejecutivo justificando su presencia.

32. DE LOS SUPLENTES.

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

*Numeral 32, párrafo primero: (REFORMADO, **ACUERDOS COCODI/SE/01/26-1, COCODI/SE/01/26-2** de fecha 21 de agosto del 2026)*

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

CAPÍTULO III
Atribuciones del Comité y Funciones de los Miembros

33. 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:
   a) El Informe Anual;
   b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento;

www.cdhhgo.org cdhehidalgo Derechos Humanos Hidalgo CDHEHidalgo Derechos Humanos Hidalgo

c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados del Titular del Órgano Fiscalizador derivado de la evaluación del Informe Anual; y
d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia.

III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:
a) La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;
b) El Reporte de Avances Trimestral del PTAR;
c) El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos; y
d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por el Órgano Fiscalizador o por otras instancias externas de fiscalización.

IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño Institucional, particularmente con respecto a:
a) El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero;
b) La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados; y
c) La revisión del cumplimiento de los programas, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.

V. Aprobar acuerdos para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés por conductas contrarias al Código de Ética, las Reglas de Integridad y al Código de Conducta;

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

VII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;

VIII. Ratificar las actas de las sesiones; y

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

34. DE LAS FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ.

La Persona que Presida el Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Determinar conjuntamente con el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;

II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;

III. Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;

IV. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias;

V. 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.

En caso de ausencia de la persona Titular de la Presidencia de la Comisión, la sesión será presidida por la Vocalía Ejecutiva del Comité, quien podrá designar a cualquier integrante para el desahogo de los asuntos del Orden del Día; conservando en todo momento la autoridad para declarar el quórum, dirigir la sesión y formalizar los acuerdos.

*Numeral 34: (ADICIONADO un párrafo final, **ACUERDOS COCODI/SE/01/26-1, COCODI/SE/01/26-2** de fecha 21 de agosto del 2026)*

35. DE LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS.

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

I. Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité;
II. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité;
III. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité;
IV. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
V. Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional para su oportuna atención.

36. DE LAS FUNCIONES DEL VOCAL EJECUTIVO.

El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de los miembros e invitados y verificar el quórum legal;
II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;
III. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de Orden del Día;
IV. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos;
V. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables;
VI. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo.

37. DE LAS FUNCIONES DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA.

Son funciones del Contralor Interno:

I. Participar en las sesiones del Comité;
II. Promover la atención de los acuerdos del Comité, ante las instancias que correspondan;
III. Comunicar, en su caso, al Presidente y/o Vocal Ejecutivo las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, cuando en el desempeño de sus funciones así lo estime pertinente;
IV. 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; y
V. Vigilar el cumplimiento de lo establecido en el Título Cuarto de las presentes Disposiciones.

CAPÍTULO IV
Políticas de Operación
Sección I
De las sesiones

38. DEL TIPO DE SESIONES Y PERIODICIDAD.

El Comité celebrará cuatro sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de asuntos específicos relativos al desempeño Institucional.

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

39. DE LAS CONVOCATORIAS.

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

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

40. DEL CALENDARIO DE SESIONES.

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

41. DEL DESARROLLO DE LAS SESIONES Y REGISTRO DE ASISTENCIA.

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

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

42. DEL QUÓRUM LEGAL.

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

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

Sección II
De la Orden del Día

43. DE LA ORDEN DEL DÍA.

En el Comité se analizarán los temas, programas o procesos que presenten retrasos en relación con lo programado al trimestre que se informa, derivados de los resultados presupuestarios, financieros, operativos y administrativos; a efecto de determinar los acuerdos que consignen acciones, fechas y responsables de tomar
decisiones para resolver las problemáticas y situaciones críticas para abatir el rezago informado, lo que conlleve a cumplir con las metas y objetivos de la Institución, en particular sobre los aspectos relevantes vinculados con el desempeño Institucional y lo relativo al cumplimiento de las principales acciones de mejora y de control comprometidas en los Programas de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos.

La Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;
II. Aprobación de la Orden del Día;
III. Ratificación del acta de la sesión anterior;

www.cdhhgo.org cdhehidalgo Derechos Humanos Hidalgo CDHEHidalgo Derechos Humanos Hidalgo

IV. Seguimiento de Acuerdos.- Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados, conforme a los términos y plazos establecidos;

V. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional, en el que se podrán desarrollar cualquiera de los siguientes puntos:

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

VI. Proceso de Administración de Riesgos Institucional en el que se podrán desarrollar cualquiera de los siguientes puntos:

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

VII. Asuntos Generales.
En este apartado se presentarán las dificultades o situaciones que causan problemas para ser analizadas e identificar las debilidades de control interno o riesgos, mismos que deberán ser revisados y tratados en la siguiente sesión del Comité.

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

A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus miembros, invitados o el Órgano de Vigilancia, podrán solicitar se incorporen a la Orden del Día asuntos trascendentales para el desarrollo Institucional.

Sección IV
De las Actas

44. REQUISITOS DEL ACTA.

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

I. Nombres y cargos de los asistentes;
II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;

III. Acuerdos aprobados; y
IV. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión. Los invitados de la Institución que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

45. ELABORACIÓN DEL ACTA Y DE SU REVISIÓN.

El Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

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

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERO. Las presentes Disposiciones entrarán en vigor al día hábil siguiente de su aprobación por el Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y Gestión de la Calidad de la Comisión.

SEGUNDO. Publíquense las presentes Disposiciones en la página web oficial de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo para su difusión y observancia.

TERCERO. Este instrumento tendrá una vigencia indefinida. En caso de reformas al marco jurídico estatal que regulen el actuar de la Comisión, quedarán sin efecto aquellas disposiciones del presente documento que se opongan a dichas reformas, subsistiendo las demás que no contravengan el nuevo ordenamiento, debiéndose iniciar el proceso de actualización a la brevedad posible.

TRANSITORIOS DE LOS ACUERDOS COCODI/SE/01/26-1 Y COCODI/SE/01/26-2

PRIMERO. Las reformas y adiciones aprobadas mediante el presente Acuerdo —identificadas al margen de los numerales correspondientes— entrarán en vigor al día hábil siguiente de su aprobación por el Comité.

SEGUNDO. Publíquese el presente texto consolidado en la página web oficial de la Comisión, sustituyendo para todos los efectos a la versión anterior.