Gobierno del Estado
de Michoacán de Ocampo

002137 Dependencia
con oficio y disco
Sub-dependencia
Oficina
No. de oficio
Expediente
Asunto:

SECRETARÍA DE GOBIERNO
RECIBIDO
15 DIC. 2020
MORELIA, MICH
OFICINA DEL C. SECRETARIO
HORA: 11:05

Secretaría de Contraloría

Del Titular

SC/SEAGPS/748/2020

Remisión de Normas Aplicación General en materia de Control Interno.

"2020, Año del 50 Aniversario Luctuoso del Gral. Lázaro Cárdenas del Rio"

Morelia, Michoacán, 14 de diciembre de 2020

Lic. Armando Hurtado Arévalo
Secretario de Gobierno
Presente

Por este conducto y con fundamento en los artículos 12 fracción VIII, 17 fracción III, 20 fracciones XIV y XXXV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo; me permito solicitarle la gestión correspondiente para la publicación en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, del **Acuerdo por el que se emiten las Normas de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo;** mismo que se adjunta al presente en físico y digital.

A espera de una respuesta favorable, le reitero mis consideraciones.

Sin otro particular le envío saludos cordiales.

Atentamente
Secretario de Contraloría

GOBIERNO DEL ESTADO DE MICHOACÁN
SECRETARÍA DE CONTRALORÍA

L.A.E. Francisco Huergo Maurín

C.c.p.- Expediente /Minutario

FHM/LGM

Al contestar este oficio, cítense los datos contenidos en el cuadro del ángulo superior derecho

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS NORMAS DE APLICACIÓN GENERAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO.

FRANCISCO HUERGO MAURÍN, Secretario de Contraloría del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo, en ejercicio de las facultades que me confieren los artículos 62 y 66 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo; 9, 11, 12 fracciones III, VI, VIII,IX 17 fracción III, 20 fracciones I, XIV y XVI, y 20 bis de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo; así como los artículos 6 fracción III y 77 del Reglamento Interior de la Administración Pública Centralizada del Estado de Michoacán de Ocampo, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo en su Artículo 109 bis establece que los órganos internos de control en los entes públicos estatales tendrán las facultades que determine la ley para prevenir, corregir e investigar actos u omisiones que pudieran constituir responsabilidades administrativas; para sancionar aquellas distintas a las que son competencia del Tribunal de Justicia Administrativa; revisar el ingreso, egreso, manejo, custodia y aplicación de recursos públicos estatales; así como presentar las denuncias por hechos u omisiones que pudieran ser constitutivos de delito ante la Fiscalía Especializada en Combate a la Corrupción a que se refiere la misma.

Que el Plan de Desarrollo Integral del Estado de Michoacán 2015-2021, tiene como Prioridad Transversal "9" la "Rendición de Cuentas, Transparencia y Gobierno Digital" que busca establecer la construcción de un gobierno abierto y transparente, elevar la calidad de los servicios gubernamentales y, en su caso, detectar con oportunidad prácticas de corrupción al interior de las instituciones públicas.

Que la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo cuenta con las atribuciones establecidas en el artículo 20 fracciones I, XIV y XVI de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo, de organizar y coordinar el sistema de control interno y la evaluación de la gestión gubernamental; inspeccionar el ejercicio del gasto público y su congruencia con los presupuestos de egresos; concertar con las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y validar los indicadores para la evaluación de la gestión gubernamental, en los términos de las disposiciones aplicables, así como vigilar y prevenir el cumplimiento de las leyes, atribuciones, facultades, reglamentos y normatividad administrativa y financiera por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal.

Que en este mismo sentido, de acuerdo al Artículo 20 bis de citada Ley Orgánica, es atribución de los titulares de los órganos internos de control de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal mantener el control interno de la dependencia o entidad a la que se encuentren adscritos, así como apoyar la política de control interno y la modernización continua y desarrollo eficiente de la gestión administrativa y al correcto manejo de los recursos públicos.

Que de acuerdo al Artículo 12 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo, corresponde a los Titulares de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades de la Administración Pública Estatal conducir sus actividades conforme a los principios rectores de la Administración Pública Estatal, para la prevención y transparencia en el ejercicio del gasto público, e Implementar la mejora regulatoria y la simplificación administrativa como política pública.

Que con la entrada en vigor del Sistema Nacional Anticorrupción y conforme lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción, se crea el Sistema Nacional de Fiscalización (SNF) como el conjunto de mecanismos interinstitucionales de coordinación entre los órganos responsables de las tareas de auditoría gubernamental en los distintos órdenes de gobierno, cuyos objetivos, entre otros, es el de generar una estrategia para homologar la normativa en materia de control interno, que sea aplicable en los tres órdenes de gobierno.

Que de acuerdo al documento desarrollado por el Grupo de Trabajo de Control Interno del Sistema Nacional de Fiscalización, aplicable a los tres órdenes de gobierno del estado mexicano, denominado Marco Integrado de Control Interno (MICI), en su Sección 1 (2014) de dicho Sistema Nacional de Fiscalización, define el control interno como un proceso efectuado por el Órgano de Gobierno, los Titulares (Secretarios, Directores Generales, Coordinadores, Delegados, Jefes, Procuradores, o cualquier otro funcionario de primer nivel de las instituciones del Sector Público, con independencia del término con el cual se identifique su cargo o puesto), la Administración (personal de mandos superiores y medios, diferente al Titular) y los demás servidores públicos de una Institución, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de los objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir la corrupción.

Que para lograr su implementación, así como el cumplimiento de los objetivos institucionales, es necesario contar con Normas generales para el diseño, actualización e implementación del sistema de control interno que impulsen la administración eficiente y eficaz de los recursos públicos.

Que en este sentido, el 13 de octubre de 2016, se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, el Acuerdo por el que se establecen las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo; y el 19 de septiembre de 2017, se publicó en el mismo medio, el Acuerdo por el que se establecen las Reglas de Operación del Comité de Control Interno para la Administración Pública Estatal.

Que debido a las actualizaciones normativas que ha tenido el marco jurídico de la Secretaría de Contraloría del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo, se hace indispensable la adecuación de las Normas de aplicación general en materia de control interno, que deberán observar las Dependencias, Coordinaciones y Entidades de la Administración Pública Estatal.

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

Acuerdo por el que se emiten las Normas de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo.

TÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I
Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones

Artículo 1. El presente Acuerdo tiene por objeto emitir las Normas de Aplicación General en materia de Control Interno, que deberán observar los titulares y demás servidores públicos de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán de Ocampo, para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional, así como para la integración, organización y funcionamiento de los Comités de Control Interno.

Artículo 2. Para los efectos del presente Acuerdo se entenderá por:

I. **Actividades de Control:** Son las acciones que desarrolla la institución, derivadas de las políticas y procedimientos establecidas por los titulares de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades, encaminados a asegurar que se cumplan sus objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;

II. **Ambiente de Control:** El establecimiento de un entorno que estimule y motive la conducta de los servidores públicos con respecto al control de sus actividades;

III. **Administración de Riesgos:** El proceso que tiene como propósito identificar los riesgos a que están expuestas las unidades administrativas en el desarrollo de sus actividades y analizar los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de establecer las estrategias que permitan administrarlos y, por lo tanto, contribuir al logro de los objetivos y metas de una manera razonable;

IV. **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;

V. **Comité:** El Comité de Control Interno, el cual es el órgano colegiado que contribuye al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales; a impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional, y al análisis y seguimiento para la detección y administración de riesgos, conforme a lo dispuesto en el Título Cuarto de las presentes Normas;

VI. **Control Correctivo:** Los mecanismos de control que operan en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir; o subsanar en algún grado las omisiones;

VII. **Control Interno:** Un proceso llevado a cabo por el nivel directivo de las Dependencias, Coordinaciones o Entidades, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos relacionados con las operaciones, la información y el cumplimiento;

VIII. **Control Preventivo:** Los mecanismos de control que tienen como propósito anticiparse a la posibilidad de que ocurran situaciones no deseadas o inesperadas fuera del marco legal y normativo, que pudieran afectar al logro de los objetivos y metas;

IX. **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 Internos de Control;

X. **Dependencias, Coordinaciones y Entidades:** Las instituciones públicas de la Administración Pública Estatal señaladas en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo y demás disposiciones normativas;

XI. **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;

XII. **Eficacia:** El criterio institucional que revela la capacidad administrativa para alcanzar el cumplimiento de objetivos y metas establecidas, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;

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

XIV. **Factores de riesgo:** La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;

XV. **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;

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

XVII. **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;

XVIII. **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 riegos, de acuerdo al Anexo Único de las presentes Normas;

XIX. **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;

XX. **Normas:** Las Normas de Aplicación General en Materia de Control Interno;

XXI. **OIC:** Órganos Internos de Control;

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

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

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

XXV. **Riesgo:** La probabilidad de que un evento o acción adversa pueda ocurrir, y su impacto afecte negativamente en el logro de objetivos y metas;

XXVI. **Secretaría:** Secretaría de Contraloría del Gobierno del Estado de Michoacán;

XXVII. **Seguridad Razonable:** El nivel satisfactorio de confianza respecto al logro eficiente y efectivo, dentro de determinadas condiciones de costos, beneficios y riesgos;

XXVIII. **Sistema de Control Interno:** 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;

XXIX. **TIC´s:** las Tecnologías de la Información y Comunicaciones; y,

XXX. **Unidad Administrativa:** Área mediante la cual, un ente ejerce facultades y funciones de naturaleza común en razón de sus objetivos institucionales, las cuales se conforman a través de una estructura orgánica específica y propia.

TÍTULO SEGUNDO
DEL MARCO DEL CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I
Objetivos del Control Interno

Artículo 3. El objetivo del Control Interno es proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir la corrupción. Se pueden agrupar en una o más de las tres categorías siguientes:

I. **Operación.** Se relacionan con las actividades que permiten alcanzar el mandato legal, la misión y visión institucional. Es decir, la eficacia y eficiencia en el logro de los objetivos institucionales.

II. **Información.** Se refiere a la confiabilidad de los informes internos y externos. Estos se pueden agrupar en tres subcategorías:
   - Informes financieros externos;
   - Informes no financieros externos; e,
   - Informes internos financieros y no financieros.

III. **Cumplimiento.** Este tipo de objetivos hacen referencia al apego a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, lo que incluye la salvaguarda de la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia y prevención de la corrupción en el desempeño institucional.

Artículo 4. Es responsabilidad de los titulares de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades de que se trate, diseñar, establecer y mantener el control Interno necesario para conducir las actividades hacia el logro de objetivos y metas, así como evaluar y supervisar su funcionamiento y ordenar las acciones para su mejora continua, para alcanzar los dichos objetivos de manera eficaz.

CAPÍTULO II
Normas Generales, Principios y Elementos del Control Interno

Artículo 5. Las Normas de Aplicación General en materia de Control Interno son la base para que la Administración de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades, establezcan y, en su caso actualicen las políticas, procedimientos y sistemas específicos de control interno que formen parte integrante de sus actividades y operaciones administrativas, asegurándose que estén alineados a los objetivos, metas, programas y proyectos institucionales, y se integran de la siguiente manera:

I. Primera Norma: Establecer y mantener un ambiente de control;
II. Segunda Norma: Administración de riesgos;
III. Tercera Norma: Implementar y/o actualizar actividades de control;
IV. Cuarta Norma: Información y comunicación; y,
V. Quinta Norma: Supervisión y mejora continua del control interno.

SECCIÓN I
Primera Norma: establecer y mantener un Ambiente de Control.

Artículo 6. La Administración de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades, encabezada por sus titulares, órgano de gobierno y los demás servidores públicos, en sus respectivos ámbitos de competencia, tienen la responsabilidad de establecer y mantener un ambiente alineado con la misión, visión y objetivos de la Institución, y congruente con los valores éticos del servicio público, actuando con compromiso y apoyo hacia el Control Interno, la rendición de cuentas, el combate a la corrupción y la transparencia.

Artículo 7. Para generar un **ambiente de control** apropiado, deben considerarse los **factores** siguientes:

a) **Compromiso.** Actitud de los servidores públicos para favorecer la consecución de la misión, visión, objetivos y metas institucionales. Se manifiesta en el establecimiento de adecuados sistemas de información, contabilidad, administración de personal, supervisión y de revisión a su gestión, ya que a través de ellos se instruye, implementa y evalúa el control interno.

b) **Integridad y Valores Éticos.** La Administración de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades debe articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad y prevención de la corrupción; la difusión adecuada del Código de Ética y Conducta que promuevan valores entre los servidores públicos; el establecimiento, difusión y operación de una línea ética y un mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad.

c) **Ejercer la Responsabilidad de Vigilancia.** Proceso llevado a cabo por los titulares de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades, así como por los demás servidores públicos de mandos medios y superiores, diseñado e implementado para proporcionar una seguridad razonable con respecto al logro eficiente y efectivo de los objetivos y metas institucionales.

d) **Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad.** La Administración de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades debe garantizar el establecimiento de estructuras organizativas y funcionales debidamente alineadas a las disposiciones legales, que establezcan con claridad los alcances de las responsabilidades asignadas, evitando su dilución y precisando la estructura base para cumplir con la obligación que tienen todos los servidores públicos de rendir cuentas a su superior jerárquico, respecto a la forma en que cumplieron sus tareas y objetivos, así como de la utilización de los recursos autorizados.

   Los mecanismos mediante los cuales se delegan las facultades para ejercer actos de autoridad deben mantenerse actualizados y estar soportados para que evidencien con transparencia la forma en que se otorgan, el alcance establecido, así como el registro de las actividades, operaciones y resultados pertinentes.

e) **Administración de Recursos Humanos.** Debe administrarse en forma eficiente y eficaz para que exista un ambiente de control fortalecido. Para lo anterior, se debe contar con perfiles apropiados de puestos, políticas y prácticas adecuadas de personal, principalmente las que se refieren a la selección, contratación, inducción, capacitación, evaluación, remuneración, promoción, estímulos y acciones disciplinarias.

f) **Manuales de Organización y Procedimientos.** Documentos que deben elaborarse conforme a la estructura organizacional, las facultades y responsabilidades establecidas en el Reglamento Interior que en cada caso sea aplicable, incluyéndose las actividades e información que se genere, así como los procedimientos para todos los procesos sustantivos, de apoyo y/o auxiliares.

   Tales documentos deben estar permanentemente actualizados y hacerse del conocimiento de todos los servidores públicos de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades. Asimismo, se deberá establecer un mecanismo para verificar que las áreas operen conforme a los manuales de organización y de procedimientos vigentes.

SECCIÓN II

Segunda Norma: Administración de Riesgos

Artículo 8. La administración de riesgos es el proceso constante de identificación y análisis de los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos y metas de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades, previstos en los programas sectoriales y operativos anuales, acordes al marco jurídico que rige su funcionamiento.

Artículo 9. A partir de la definición clara de los objetivos institucionales se debe establecer la identificación de riesgos, a través de los siguientes **factores** fundamentales del componente de **administración de riesgos**:

a) **Identificar los riesgos.** Es un proceso permanente, por el cual los titulares de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades y los servidores públicos de mandos medios y superiores, deben identificar los factores de riesgo relevantes, tanto internos como externos, que puedan impactar negativamente en el logro de los objetivos y metas institucionales.

   En la identificación de riesgos deben considerarse todas las transacciones significativas con otras instancias y las incidencias de irregularidades.

   Las Dependencias, Coordinaciones y Entidades elaborarán y/o actualizarán sus mapas de riesgo, atendiendo a los cambios en el entorno económico y legal, a las condiciones internas y externas e incorporación de objetivos nuevos o modificados.

   Los riesgos se deberán identificar a nivel de área, ya que esto contribuye a mantener un nivel aceptable de riesgo para las Dependencias, Coordinaciones y Entidades.

- **Análisis de los Riesgos.** Los factores de riesgo que han sido identificados deben ser analizados cuidadosamente en cuanto a su impacto y a la probabilidad de ocurrencia. Para determinar su importancia, este proceso deberá incluir:

  Factor de Ocurrencia del Riesgo. Es un proceso en el que la información se clasifica e interpreta con criterios de probabilidad (casi improbable, poco probable, probable, moderadamente probable, cuasi cierto); el resultado que arroje este factor, deberá incidir directamente en el grado de premura en el que la institución debe actuar para reducir la vulnerabilidad a su mandato institucional.

  Valoración del Riesgo. Es la jerarquización de las amenazas o factores adversos, dando prioridad a los que representan una mayor exposición negativa para el Estado (riesgo alto, riesgo significativo, riesgo moderado, riesgo bajo).

  El resultado que arroje esta valoración, deberá incidir directamente en el grado de firmeza en el que la institución debe actuar para reducir la vulnerabilidad a su mandato institucional.

- **Respuesta a los Riesgos.** Una vez que se haya realizado la evaluación del riesgo, se determinará la forma en que los riesgos van a ser gestionados.

  Las Dependencias, Coordinaciones y Entidades deberán establecer y mantener mecanismos efectivos de Control Interno que les permitan tratar y mantener el riesgo en un nivel aceptable.

  Paralelamente a las medidas que se adopten para gestionar o minimizar el riesgo es necesario establecer procedimientos para asegurar que el diseño e implantación de dichas medidas sea el idóneo,

así como el análisis de procesos centrado especialmente en las relaciones entre las distintas áreas de la dependencia, coordinación o entidad.

La Administración de la institución debe prever lo necesario para que exista un proceso permanente para identificar el cambio de condiciones y tomar las acciones necesarias, a fin de que el mapa de riesgos permanezca útil, así como las medidas de control interno implementadas, sigan siendo efectivas.

Analizada la probabilidad de ocurrencia e impacto, se deben decidir estrategias encaminadas a minimizar el nivel de riesgo y reforzar el control interno para su prevención y manejo. La importancia de los riesgos debe adaptarse y ajustarse a los cambios que se presenten en el entorno del control y a los objetivos y metas institucionales.

b) Considerar el Riesgo de Corrupción. La Administración de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos, al identificar, analizar y responder a los riesgos principalmente asociados con los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos:

- **Tipos de Corrupción**. Se debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la institución, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos, de acuerdo a los tipos establecidos en las leyes vigentes.

- **Factores de Riesgo de Corrupción.** Se debe considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren.

- **Respuesta a los Riesgos de Corrupción**. Se debe analizar y responder a los riesgos de corrupción, a fin de que sean efectivamente mitigados. Estos riesgos deben ser analizados por su relevancia, tanto individual como en su conjunto, mediante el mismo proceso de análisis de riesgos efectuado para todos los demás riesgos identificados.

SECCIÓN III
Tercera Norma: Implementar y/o actualizar Actividades de Control.

Artículo 10. Los titulares de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades serán los principales responsables del establecimiento, adecuación y funcionamiento de las actividades de Control Interno necesario para el logro de los objetivos y metas institucionales, asegurando de manera razonable la generación de información financiera, presupuestal y de operación confiable, oportuna y suficiente, para cumplir con su mandato legal, dentro de su marco jurídico de actuación, así como salvaguardar los recursos públicos a su cargo y garantizar la transparencia de su manejo.

Artículo 11. La Administración de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades deben diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado.

Artículo 12. Las Dependencias, Coordinaciones y Entidades deben alcanzar un balance adecuado entre la detección y la prevención en las actividades de control. Asimismo, se establecerán acciones correctivas como complemento para las actividades de control en la búsqueda del logro de los objetivos y metas institucionales.

Algunas actividades de control que pueden establecerse son:

a) **Revisión de alto nivel al desempeño actual.** La administración de las dependencias, coordinaciones o entidades debe identificar los principales resultados obtenidos en toda la organización y compararlos con los planes, presupuestos, objetivos, metas y presupuestos establecidos en los programas sectorial, especiales y operativo anual y analizar las diferencias significativas, para este efecto deberá establecer y mantener en funcionamiento sistemas de medición confiables y objetivos, que le permita evaluar el nivel y calidad de cumplimiento.

b) **Administración del recurso humano.** Comprende una actividad de apoyo a la gestión, que permite optimizar la participación del capital humano en los fines institucionales, logrando la efectividad, eficiencia y productividad tanto en el comportamiento funcional, como personal. Para tal efecto se deberán establecer Controles Internos en materia de selección, contratación e inducción de personal; así como de asistencia y permanencia; mantenimiento del orden, moral y disciplina; evaluación del desempeño; capacitación y profesionalización de los servidores públicos; actualización de expedientes de personal, entre otros.

c) **Controles sobre el proceso de información.** Se refiere a las diversas actividades de control que deben usarse en todo el proceso de obtención de información, desde la generación de los documentos fuente, hasta la obtención de los reportes o informes, así como su archivo y custodia.

d) **Resguardo de bienes.** Deben existir los espacios y medios necesarios para asegurar y salvaguardar los bienes, incluyendo el acceso restringido al efectivo, títulos valor, inventarios y al mobiliario y equipo que pueden ser vulnerables al riesgo de pérdida o uso no autorizado; los bienes deben ser oportunamente registrados y periódicamente comparados físicamente con los registros.

e) **Establecimiento y revisión de medidas e indicadores.** Estas medidas deben permitir la comparación entre diferentes fuentes de información, de modo que se compruebe su conexión y se puedan tomar las acciones correctivas y preventivas necesarias en función de los resultados. Los controles deben contribuir a validar la congruencia e integridad de los indicadores de las áreas y del desempeño institucional.

f) **Segregación de funciones y responsabilidades.** Esta actividad permite minimizar el riesgo a cometer errores o fraudes, mediante la separación de responsabilidades para autorizar, procesar, registrar y revisar operaciones, así como para el resguardo de los principales bienes. No deben centralizarse las autorizaciones y actividades de control en una sola persona.

g) **Ejecución adecuada de transacciones o eventos.** Las operaciones y actividades significativas deben ser autorizadas y ejecutadas solamente por el personal competente en el ámbito de sus facultades. Dichas autorizaciones deben ser claramente comunicadas al personal.

h) **Acceso controlado y restringido a los bienes y registros.** El acceso a los bienes y registros debe estar limitado al personal autorizado y deberá efectuarse una comparación periódica de los registros contra

los bienes disponibles con la finalidad de reducir el riesgo de actos de corrupción, errores, fraudes, malversación de recursos o cambios no autorizados.

i) **Control de calidad de los trámites y servicios.** Los titulares de las dependencias, coordinaciones o entidades deben promover la aplicación del control de calidad para conocer el grado de satisfacción de la sociedad e impacto de sus programas o actividades, con el propósito de realizar mejoras e incrementar la eficacia en las actividades que desarrollan.

La implementación del control de calidad debe partir del análisis de las necesidades de la sociedad y la evaluación objetiva respecto del grado en que son satisfechas; para este efecto se pueden utilizar herramientas y técnicas tales como el control estadístico y la aplicación de programas de mejoramiento continuo.

j) **Documentación de las transacciones y del control interno**. Señala la necesidad de documentar, mantener actualizados y divulgar internamente las políticas y procedimientos de control que garanticen razonablemente el cumplimiento del sistema de control interno, así como todas las transacciones y otros eventos significativos. La documentación debe ser administrada y resguardada adecuadamente para su consulta.

Esta forma de documentación debe aparecer en las políticas o procedimientos de las dependencias, coordinaciones o entidades, a fin de asegurar que se cumplan con las directrices establecidas para cada una.

k) **Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC´s**. Se debe desarrollar actividades de control, que contribuyan a dar respuesta y reducir los riesgos identificados, basadas principalmente en el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, para apoyar el logro de metas y objetivos institucionales.

SECCIÓN IV
Cuarta Norma: Información y Comunicación

Artículo 13. Los servidores públicos que conforman la administración de las dependencias, coordinaciones o entidades en el ámbito de sus respectivas competencias, serán responsables de establecer las medidas conducentes a fin de que la información relevante que generen sea adecuada para la toma de decisiones y el logro de los objetivos, metas y programas institucionales, así como para cumplir con las distintas obligaciones a las que en materia de información están sujetas, en los términos de las disposiciones legales y administrativas aplicables.

Para lo anterior, será necesario disponer de canales de comunicación con los servidores públicos de las dependencias, coordinaciones o entidades, relacionados con la preparación de la información necesaria para la integración de los estados financieros o presupuestales, y la requerida para las auditorías externas o internas, de tal forma que se puedan conocer los hechos que impliquen omisiones o imprecisiones que afecten su veracidad e integridad.

Artículo 14. La información deberá obtenerse, clasificarse y comunicarse oportunamente a las instancias externas e internas procedentes.

Artículo 15. La administración de la dependencia, coordinación o entidad deberá prever la protección y el resguardo de la información documental impresa, así como de la electrónica que esté clasificada como crítica, en este último caso, de preferencia fuera de las instalaciones, considerando la posibilidad de que ocurra algún tipo de desastre y las actividades de la Institución no pierdan su continuidad, así como asegurar un proceso relativo a la recopilación de información acerca de los usuarios o beneficiarios de los servicios, proveedores, reguladores y otros agentes externos; lo anterior, le permitirá conocer y evaluar la utilidad, oportunidad y confiabilidad de los datos que se comunican a la población.

Artículo 16. Los titulares de las dependencias, coordinaciones o entidades y los servidores públicos de mandos medios y superiores, en el ámbito de sus competencias, deberán identificar y comunicar la información relevante en la forma y en los plazos establecidos en la normatividad aplicable, así como contar con sistemas de información que permitan determinar si la Institución a la que se encuentran adscritos está alcanzando sus objetivos de conformidad con las leyes, reglamentos y demás normatividad aplicable, si se está cumpliendo con los planes estratégicos y operativos, y que esté en posibilidades de proveer la información del presupuesto autorizado, modificado y ejercido.

SECCIÓN V
Quinta Norma: Supervisión y Mejora Continua del Control Interno

Artículo 17. Los servidores públicos que conforman la administración de las dependencias, coordinaciones o entidades, en el ámbito de sus respectivas competencias, deben contribuir al mejoramiento continuo del Control Interno, así como a su actualización y supervisión general, con el fin de mantener y elevar su eficacia y eficiencia. Lo anterior con independencia de la evaluación y verificación que lleven a cabo las diversas instancias de fiscalización sobre el Control Interno de la propia Institución.

La evaluación y mejoramiento de los sistemas de control específicos, debe llevarse a cabo por los responsables de las operaciones y procesos correspondientes, durante el transcurso de sus actividades cotidianas.

La supervisión como parte del Control Interno debe practicarse en toda la ejecución de las operaciones, de tal manera que asegure que las deficiencias identificadas, y las derivadas del análisis de los reportes emanados de los sistemas de información, sean resueltas con prontitud.

Artículo 18. Las deficiencias que se determinen deben ser conocidas por el responsable de las funciones y por su superior inmediato. Los asuntos de mayor importancia deberán ser conocidos por el Titular de la dependencia, coordinación o entidad.

TÍTULO TERCERO
DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I
Definición del Sistema de Control Interno

Artículo 19. El Sistema de Control Interno comprende el conjunto de medios, mecanismos o procedimientos implementados por los Titulares, mandos medios y superiores de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades, así como por los demás servidores públicos, en el ámbito de sus respectivas competencias, con el propósito de promover:

I. Logro de los objetivos institucionales;
II. Minimizar los riesgos;
III. Reducir los actos de corrupción y fraudes;
IV. Integrar las Tecnologías de Información a procesos institucionales;
V. Respaldar la Integridad y el comportamiento ético de los servidores públicos; y,
VI. Consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia.

CAPÍTULO II
De los responsables del Control Interno

Artículo 20. Para la aplicación de los preceptos de este instrumento, los titulares de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades, serán, el principal responsable de diseñar, establecer, actualizar y mantener en operación un **Sistema Integral de Control Interno,** que le permita contar con políticas, estrategias, mecanismos, procedimientos, métodos y acciones, que en su conjunto contribuyan de manera determinante, al cumplimiento de sus metas y objetivos, a prevenir los riesgos que puedan afectar el logro de éstos y fortalecer el cumplimiento de las leyes y normas que conforman su marco jurídico de actuación y por ende, una adecuada rendición de cuentas, así como transparentar el ejercicio de la función pública.

Artículo 21. La Administración de la Institución, conformada por el titular y los servidores públicos de mandos medios y superiores, actuarán de manera coordinada y armónica en el diseño, establecimiento, actualización y mantenimiento del **Sistema Integral de Control Interno,** y serán responsables conforme a sus atribuciones, facultades y funciones, establecidas en el reglamento interno, manuales de organización y de procedimientos, que les corresponda, así como cualquier otra disposición Jurídica y/o administrativa que legalmente les imponga funciones y/o actividades en el orden público.

Artículo 22. Para los efectos del artículo anterior y la aplicación de las presentes Normas, el titular de la dependencia, coordinación o entidad, designará por oficio, a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior, para fungir como **Coordinador del Sistema de Control Interno.** Su objetivo general, tal como su designación lo infiere, será el de coordinar las acciones de la Administración de la institución y sus servidores públicos, para el adecuado funcionamiento del sistema y su mejoramiento continuo.

La designación del Coordinador del Sistema de Control Interno recaerá, preferentemente, en el cargo inmediato inferior al Titular de la dependencia o entidad; en aquel que esté adscrito a la Oficina de dicho Titular; o similares.

Artículo 23. El Coordinador y todos los **servidores públicos** adscritos a las Dependencias, Coordinaciones o Entidades, son responsables de informar al Comité, o en su defecto al superior jerárquico inmediato, sobre cuestiones o deficiencias relevantes que hayan identificado en relación con los objetivos institucionales de operación, información, cumplimiento legal, salvaguarda de los recursos, y prevención de la corrupción.

Artículo 24. La Secretaría, de manera directa o, a través de sus Órganos Internos de Control en las dependencias, coordinaciones o entidades, será **la Instancia general de Supervisión**, que evaluará el adecuado

diseño, implementación y operación del sistema de control interno institucional; proporcionará la orientación, capacitación y recomendaciones que consideré necesarias, para el cumplimiento del presente Acuerdo.

CAPÍTULO III
Responsabilidades y funciones en el Sistema de Control Interno

SECCIÓN I
Del Titular

Artículo 25. Para la implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno, los Titulares de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades, son responsables de:

I. Establecer los objetivos institucionales de control interno;
II. Asignar a sus unidades administrativas la responsabilidad de implementar controles, y en el ámbito de sus facultades, inspeccionar, valorar, y optimar de manera continua el control interno;
III. Evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; y,
IV. Asegurar la instrumentación de los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de las presentes Normas.

Artículo 26. Las funciones del Coordinador del Sistema de Control Interno, son:

I. Ser el conducto de comunicación e interacción entre la institución, la Secretaría y el Comité, para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno;
II. Asistir permanentemente como invitado –en caso de que sea persona distinta al Vocal Ejecutivo del Comité- en las sesiones del Comité con derecho a voz;
III. Proponer al Presidente o al Vocal Ejecutivo los asuntos a tratar en las sesiones del Comité, así como las acciones a seguir para la instrumentación de las disposiciones relacionadas con el Control Interno en términos de las presentes Normas;
IV. Acordar, con los Titulares de las Unidades Administrativas de la institución, las propuestas de acciones de mejora que serán incorporadas a las encuestas o mecanismos para la Autoevaluación Anual, a nivel estratégico-directivo y nivel operativo;
V. Concentrar e informar los resultados de las encuestas señaladas en el párrafo anterior, así como su respectivo resguardo;
VI. Proponer la sistematización, capacitación y evaluación, con respecto a lo establecido en las presentes normas.
VII. Participar en la emisión de los informes de cumplimiento de los acuerdos que compete a las Unidades Administrativas de la dependencia, coordinación o entidad, así como del Comité, para su integración, análisis y aprobación, para ser informados ante el Comité;
VIII. Elaborar y presentar al Presidente, el Informe de la Autoevaluación Anual y hacerla del conocimiento a la Secretaría por conducto del Órgano Interno de Control que le corresponda , en la fecha que se determina en las presentes Normas; y,
IX. Emitir las recomendaciones pertinentes para el mejor desempeño del Sistema de Control Interno, así como del Comité.

SECCIÓN III
De la Instancia de Supervisión

Artículo 27. La Secretaría de Contraloría, de manera directa o por conducto de sus Órganos Internos de Control, será la **Instancia general de supervisión** del Sistema de Control Interno en la Administración Pública Estatal, en los ámbitos siguientes:

I. Del Sistema General de Control Interno, que deberán adoptar las Dependencias, Coordinaciones y Entidades del Poder Ejecutivo del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo; y,
II. La integración y funcionamiento del Comité de Control Interno en cada una de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades de la Administración Pública Estatal.

TÍTULO CUARTO
DE LOS COMITÉS DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I
De los Objetivos de los Comités

Artículo 28. Los Titulares de las Dependencias, Coordinaciones y Entidades instalarán y encabezarán el Comité de Control Interno, el cual tendrá los siguientes objetivos:

I. Apoyar al cumplimiento oportuno de los objetivos y metas institucionales con enfoque a resultados;
II. Promover el establecimiento y actualización del Control Interno Institucional, con el seguimiento permanente a la implementación de las Normas de Control Interno;
III. Apoyar a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones determinadas, priorizando su atención conforme a la clasificación en que se ubique cada uno de los riesgos;
IV. Impulsar la prevención de la materialización de riesgos y evitar la recurrencia con la atención de la causa raíz identificada, así como de las observaciones de alto riesgo, efectuadas por órganos fiscalizadores y, en su caso, salvedades relevantes en la dictaminación de estados financieros;
V. Impulsar el cumplimiento de los programas y temas trascendentes en materia de control y vigilancia que promueva la Secretaría de Contraloría;
VI. Agregar valor a la gestión institucional con aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten; y
VII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

Artículo 29. Los Comités se integrarán con los siguientes miembros:

I. **El Presidente:** que en todos los casos será el titular de la dependencia, coordinación o entidad;

II. **El Vocal Ejecutivo:** que podrá ser el Secretario Técnico, Delegado Administrativo o servidor público con funciones equivalentes en la Institución; preferentemente deberá recaer en la misma persona de Coordinador del Sistema de Control Interno;
III. **Vocales o Miembros del Comité:** los servidores públicos que en su caso sean designados y resulten necesarios para el cumplimiento de la formalidad normativa aplicable.
IV. **El Coordinador del Sistema de Control Interno:** quién asistirá, en los casos en que sea persona distinta al que ocupe el cargo de Vocal Ejecutivo, como invitado permanente en las sesiones.

CAPÍTULO II
Funciones de los miembros de los Comités

Artículo 30. El Presidente del Comité tendrá las siguientes funciones:

I. Dirigir las sesiones;
II. Participar con voz y voto en las sesiones y en caso de empate contará con el voto de calidad;
III. Establecer junto con el Coordinador del Sistema de Control Interno y el Vocal Ejecutivo los asuntos a tratar en las sesiones;
IV. Poner a consideración de los miembros del Comité, para su aprobación, el orden del día, y poner a consideración y votación de los mismos las propuestas de acuerdos;
V. Vigilar que los acuerdos se cumplan en tiempo y en la forma establecida;
VI. Proponer el calendario de las sesiones ordinarias;
VII. Proponer la celebración de las sesiones extraordinarias; y,
VIII. Ordenar la participación de los invitados especiales que se requiera conforme a los asuntos que se deban tratar y autorizar la participación de invitados externos a la Administración Pública Estatal.

Artículo 31. El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Participar con voz y voto en las sesiones;
II. Determinar junto con el Presidente del Comité y el Coordinador del Sistema de Control Interno los asuntos a tratar en las sesiones del Comité;
III. Elaborar la propuesta de orden del día de las Sesiones;
IV. Notificar las convocatorias a los miembros y/o a los invitados permanentes o temporales;
V. Regular la preparación e integración de las carpetas electrónicas para las sesiones y remitirlas a los convocados;
VI. Asesorar a los miembros para el mejor cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales;
VII. Registrar y dar seguimiento a efecto de que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables;
VIII. Registrar asistencia y, en su caso, declarar el *quorum* en cada sesión;
IX. Elaborar las actas de las sesiones, así mismo enviarlas para revisión de los miembros; recabar las firmas correspondientes y llevar su control y resguardo; y,
X. Elaborar los informes parciales y el informe anual sobre el cumplimiento de acuerdos del Comité.

Artículo 32. Las funciones de los vocales o miembros del Comité son:

I. Participar con voz y voto en las sesiones del Comité; y,
II. Informar al Presidente y/o al Vocal Ejecutivo las áreas para mejorar el funcionamiento del Comité.

CAPÍTULO III
De las Convocatorias a las sesiones

Artículo 33. El Comité celebrará cuatro sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, atendiendo a la importancia o urgencia de atención de los asuntos.

El Calendario de sesiones ordinarias para el siguiente Ejercicio Fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año anterior.

Para el caso de que se modifique alguna fecha establecida en el calendario, el Vocal Ejecutivo, previa autorización del Presidente, lo informará a los miembros, invitado permanente e invitados especiales, quien deberá señalar la nueva fecha y deberá cerciorarse de su recepción.

Artículo 34. Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro de los 30 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre.

Artículo 35. La convocatoria se deberá remitir por el Vocal Ejecutivo a los miembros, y al invitado permanente el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión. Dicha convocatoria se acompañará del proyecto del orden del día, así como la carpeta electrónica de los asuntos a tratar en la sesión.

La convocatoria y sus anexos se entregarán con al menos 7 días hábiles de anticipación a la fecha de la sesión ordinaria y con 2 días, en el caso de las extraordinarias, ambos a partir del día hábil siguiente a la notificación de la convocatoria.

CAPÍTULO IV
Desarrollo de las Sesiones

Artículo 36. Las Sesiones del Comité podrán llevarse de manera presencial, o bien a través de videoconferencia u otros medios similares que permitan analizar, plantear y discutir en tiempo real, los asuntos de la sesión y las posibles soluciones.

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

Para ser declarado el *quorum* legal se requerirá de la asistencia de la mayoría simple de los miembros, siempre que participe el Presidente y el Vocal Ejecutivo. En el caso de que no se cuente con el *quorum*, el Vocal Ejecutivo levantará constancia del hecho y convocará nuevamente a los miembros en un plazo no mayor de 5 días hábiles siguientes, en el caso de sesión ordinaria; y de 2 días para las sesiones extraordinarias.

CAPÍTULO V
De la Orden del Día

Artículo 37. La Orden del día, deberá contener, al menos los puntos siguientes:

I. Lectura de lista de asistencia y aprobación del quórum;
II. Manifestación de inicio de la sesión;
III. Aprobación del orden del día;
IV. Ratificación del acta de la sesión anterior;
V. Revisión de la Cédula de Seguimiento de Acuerdos del Comité y su cumplimiento;
VI. Seguimiento a la implantación y actualización del Sistema de Control Interno, en la dependencia, coordinación o entidad;
VII. Seguimiento al proceso de Administración de Riesgos Institucional; y,
VIII. Revisión y ratificación de acuerdos adoptados en la sesión.

CAPÍTULO VI
De los Acuerdos

Artículo 38. Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de los miembros deberán contemplar los siguientes requisitos:

I. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Institución;
II. Precisar los responsables de su atención; y,
III. Fecha para su atención, la cual no podrá ser mayor a seis meses, posteriores a la fecha de celebración de la sesión en que se apruebe a menos que por la complejidad del asunto se requiera de un plazo mayor, lo cual se justificará ante el Comité.

Artículo 39. Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los miembros presentes. Al finalizar la sesión, el Vocal Ejecutivo dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

Artículo 40. El Vocal Ejecutivo dará seguimiento a la atención de los acuerdos, según la información que refleje su cumplimiento en las fechas establecidas, con independencia de la fecha de celebración de la siguiente sesión.

Para los acuerdos que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única ocasión, éste podrá autorizar una nueva fecha que no exceda de 30 días hábiles contados a partir del día siguiente al de la sesión. Se conservará en registro de seguimiento de Acuerdos del Comité la fecha inicial de atención.

CAPÍTULO VII
Actas de la sesión

Artículo 41. En cada sesión del Comité se levantará un Acta que será foliada y en la cual se consignará, como mínimo, lo siguiente:

I. Nombres y cargos de los asistentes de la sesión;
II. Asuntos tratados, conforme a la Orden del Día;
III. Acuerdos aprobados; y,
IV. Firma autógrafa de los miembros del Comité.

El Proyecto del acta será turnado por el Vocal Ejecutivo a los miembros del Comité, a los invitados especiales y al invitado permanente, en un plazo no mayor de 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de la celebración de la sesión, dando un plazo no mayor de 5 días hábiles a partir del siguiente al de su recepción, para su revisión y envío de comentarios, al Vocal Ejecutivo. De no emitirlos en el plazo establecido, se tendrá por aceptado, a efecto de recabar las firmas e integrarla a la carpeta electrónica en la próxima sesión, para aprobación y/o ratificación.

TÍTULO QUINTO
DEL ESTADO QUE GUARDA EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL
CAPÍTULO I
De los Informes

Artículo 42. Los Titulares de las Dependencias, Coordinaciones o Entidades realizarán por lo menos dos veces al año, la Autoevaluación del Estado que guarda el Sistema de Control Interno, para su integración y presentación del Informe:

I. A la Secretaría, a través del OIC; y,
II. Al Comité, dentro de las sesiones ordinarias que correspondan.

Artículo 43. El informe deberá ser presentado tomando como base mínima, lo siguiente:

I. Resumen Ejecutivo (2 cuartillas máximo) del diagnóstico correspondiente al inicio del ejercicio (año del que se trate);
II. Aspectos relevantes de los resultados de la aplicación de la Encuesta para la Autoevaluación del Control Interno Nivel Estratégico-Directivo; y del Control Interno Nivel Operativo;
III. Acciones a implementar derivadas de la Autoevaluación;
IV. Conclusión General; y,
V. Compromisos del Titular de cumplir en tiempo y forma con las acciones de mejora.

TÍTULO SEXTO
DISPOSICIONES FINALES
CAPÍTULO I
De la interpretación

Artículo 44. Corresponde a la Secretaría de Contraloría interpretar para efectos administrativos el contenido del presente Acuerdo, así como capacitar y asesorar a las dependencias, coordinaciones o entidades, en el proceso de aplicación de las Normas de Aplicación General de materia de Control Interno.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo.

SEGUNDO. Se abroga el Acuerdo por el que se establecen las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, Tomo CLXV, sexta sección, número 76, de fecha 13 de octubre de 2016, así como el Acuerdo por el que se establecen las Reglas de Operación del Comité de Control Interno para la Administración Pública Estatal, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, Tomo CLXVIII, séptima sección, número 19, de fecha 19 de septiembre de 2017.

Morelia Michoacán, a los treinta días del mes de octubre del año dos mil veinte.

ATENTAMENTE

FRANCISCO HUERGO MAURÍN

EL SECRETARIO DE CONTRALORÍA

(Firmado)

ANEXO ÚNICO
METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Proceso de Administración de Riesgos

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 podrán participar los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, y el Coordinador del Sistema de Control Interno, 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.

Formalización y Etapas de la Metodología.

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente Anexo Único deberá tomarse como base para la metodología específica que aplique cada institución, misma que deberá estar debidamente autorizada por el titular de la institución y documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos.

Comunicación y Consulta.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

Lo anterior debe tener como propósito:

I. Establecer un **contexto** apropiado;
II. Identificar y evaluar los riesgos que puedan impedir que los objetivos, metas y procesos de la Institución sean alcanzados;
III. comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;
IV. Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción; y
V. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la institución para el adecuado análisis de los riesgos.

I. Contexto.

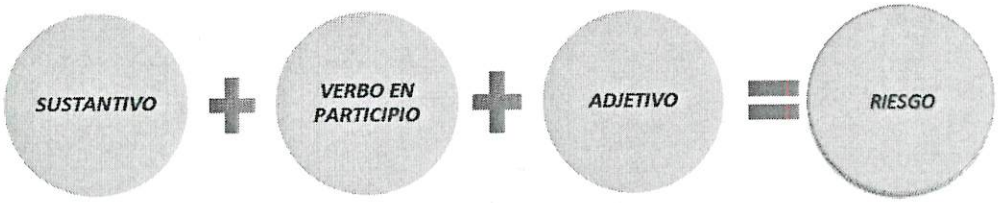
Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

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

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 institucional de riesgos. 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 puede generar 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; y
- 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; y,
- 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; y,
- 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:

Escala Valor	Impacto	
9 a 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.
7 a 8	**Grave**	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de las metas y objetivos institucionales. Además se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.

6 a 5	**Moderado**	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
3 a 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.
1 a 2	**Menor**	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Institución.

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

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

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

III. 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:

Deficiencia: Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:

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

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

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

IV. Evaluación de Riesgos respecto a Controles.

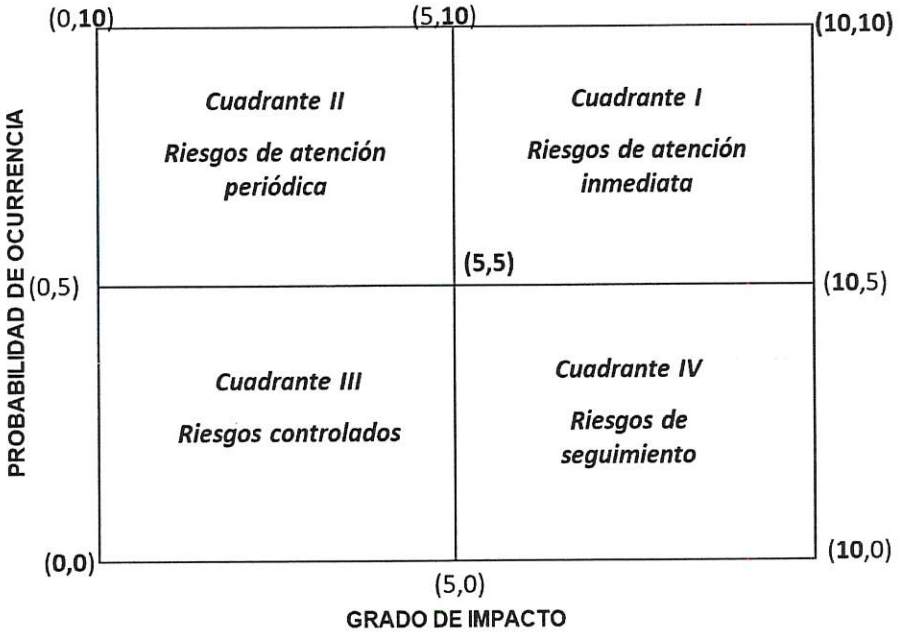
Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo. En esta etapa se sintetizarán los resultados de la confronta entre la evaluación inicial de riesgos y la eficacia de los controles existentes, a fin de visualizar la vulnerabilidad real a que se encuentra expuesta la Institución e identificar, en caso de ser posible, respuestas más adecuadas a los riesgos presentes, considerando los siguientes aspectos:

a) La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;
b) Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;
c) Si alguno de los controles del riesgo son deficientes, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial; y,
d) La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de controles. Para la valoración del impacto y de la probabilidad de ocurrencia antes y después de la evaluación de controles, las Instituciones podrán utilizar metodologías, modelos y/o teorías basados en cálculos matemáticos, tales como puntajes ponderados, cálculos de preferencias, proceso de jerarquía analítica y modelos probabilísticos, entre otros.

V. 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.



VI. Definición de Estrategias y Acciones de Control para responder a los Riesgos.

Se realizará considerando lo siguiente:

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:

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.

a) **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.

b) **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.

c) **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.

d) **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. 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. 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.

e) **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 del Sistema 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.

f) **Servicios Tercerizados**. La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la institución, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará al responsable del servicio, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar la implementación y operación de los controles, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno de la institución. La Administración debe determinar si los controles internos establecidos por los servicios tercerizados son apropiados para asegurar que la institución alcance sus objetivos y responda a los riesgos asociados, o si se deben establecer controles complementarios en el control interno de la institución.

VII. Estrategias y acciones para la atención de los Riesgos de Corrupción.

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

a) **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.

b) **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.

c) **Evaluación de Riesgos de corrupción respecto a Controles.** Tratándose de los riesgos de corrupción no se tendrán en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidos en 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.