MP-CI-02
MANUAL DE CONTROL INTERNO

NL REA
RED ESTATAL DE AUTOPISTAS

N
L

MP-CI-02
Manual de Control Interno

Control de Emisión			
Elaboró		**Revisó**	**Autorizó**
Lic.Mario Alberto Díaz Sánchez	Ing. Ninfa Yuritza Gómez Sarabia	C.P. Ana Alethela Dávila García	Lic. Sahira Jackeline Domínguez Lugo
Jefe(a) de Auditoria	**Analista de Auditoría Interna y Calidad**	**Coordinador(a) de Control Interno**	**Encargado(a) de Despacho de la Dirección Administrativa**

red.estatal@redestatal.com.mx | www.nl.gob.mx/rea
Francisco Zarco 1001, Centro, C.P. 64000, Monterrey, N. L. Tel. 81 9689 0265
@reanl reanloficial reanloficial

CONTENIDO

1. Introducción

La Red Estatal de Autopistas de Nuevo León, en cumplimiento con su obligación de garantizar la transparencia, la rendición de cuentas y el combate a la corrupción, implementa un sistema de control interno orientado a resultados concretos. Este sistema incluye mecanismos de evaluación diseñados para mejorar el desempeño institucional y la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios. Además, busca simplificar la normatividad y los trámites gubernamentales, optimizar el uso de los recursos públicos y aprovechar las nuevas tecnologías para fomentar la innovación.

El objetivo de este manual es mejorar la gestión pública de la Red Estatal de Autopistas de Nuevo León, transformando el funcionamiento de sus unidades administrativas. Se busca mejorar la prestación de bienes y servicios, incrementar la eficiencia operativa y garantizar el cumplimiento de las leyes aplicables. Además, se promueve la simplificación de procesos, el mejor aprovechamiento de los recursos y la mejora del desempeño de las personas servidoras públicas, todo ello con un enfoque en cumplir las metas y objetivos de la institución.

Este manual establece disposiciones y procedimientos internos para el control interno. Regula la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y las etapas mínimas para la administración de riesgos, con el fin de fortalecer la cultura del autocontrol y la autoevaluación, así como establecer mecanismos para el seguimiento y análisis de riesgos.

El modelo adoptado se basa en el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI), aprobado por el Sistema Nacional de Fiscalización (SNF), y adaptado a las mejores prácticas internacionales. Con la implementación de este modelo, la Red Estatal de Autopistas de Nuevo León contará con un sistema de control interno efectivo, que garantizará el cumplimiento de metas, la administración eficiente de riesgos y un adecuado seguimiento del desempeño institucional.

La responsabilidad de la implementación, mantenimiento y actualización del sistema de control interno recae en la Dirección de la Red Estatal de Autopistas de Nuevo León, con el apoyo del departamento de control interno. La contribución activa de las unidades administrativas y del personal de la Red Estatal de Autopistas será clave para asegurar el correcto funcionamiento del sistema y promover la evaluación y mejora continua.

Con base en lo anterior, se expide este Manual de Control Interno para la Red Estatal de Autopistas de Nuevo León, con el fin de consolidar los procesos de rendición de cuentas, transparencia y asegurar el comportamiento ético de las personas servidoras públicas.

2. Objetivo

Establecer los fundamentos y normas generales que, en materia de control interno, deberán adaptarse en el organismo, con el fin de implementar los mecanismos necesarios para coadyuvar al cumplimiento de sus metas y objetivos. Esto incluye la prevención de riesgos que puedan afectar el logro de dichos objetivos, el fortalecimiento del cumplimiento de las leyes y disposiciones normativas, así como la generación de una adecuada rendición de cuentas y transparencia en el ejercicio de la función pública. Además, se busca el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional.

3. Alcance

El Manual de Control Interno del Organismo establece las directrices, procedimientos y prácticas que deberán seguirse para garantizar una gestión eficiente, transparente y responsable dentro de la institución. Su alcance abarca todas las áreas y niveles de la estructura organizativa, aplicándose a todas las personas servidoras públicas que desempeñan funciones dentro del organismo.

Este manual cubre los siguientes aspectos clave:

Disposiciones Generales
- Principios Rectores
- Componentes del Control Interno

Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional
- Principios de las Normas Generales de Control Interno
- 33 Elementos de Control
- Evaluación de Elementos de Control Adicionales
- Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional
- Integración y Seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno
- Evaluación de la Contraloría al Informe Anual y PTCI

Metodología de Administración de Riesgos
- Inicio del Proceso
- Formalización y Etapas de la Metodología
- Seguimiento de la Administración de Riesgos
- Informe de Evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTAR
- Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos

4. Responsabilidades

La Dirección General, así como los demás servidores públicos de la Dependencia que integran la Red Estatal de Autopistas de Nuevo León, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su Sistema de Control Interno Institucional, tomando como referencia el Acuerdo por el cual se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en Materia de Control Interno para el Estado de Nuevo León, así como el Acuerdo mediante el cual se establecen las Normas Generales del Sistema de Control Interno Institucional para la Administración Pública Estatal.

Responsables de su Aplicación: La persona Titular y demás servidores públicos de la Institución son responsables de establecer, actualizar, evaluar y supervisar el Sistema de Control Interno Institucional (SCII), promoviendo su mejora continua. Deben clasificar los mecanismos de control en preventivos, detectivos y correctivos, priorizando los preventivos y el autocontrol para asegurar el cumplimiento de metas y objetivos de la institución de manera eficiente y eficaz.

Designación de Responsable de Coordinación de Control Interno y Enlaces: La persona Titular de la Institución designará un Responsable de la Coordinación de Control Interno para supervisar la aplicación y seguimiento de las Disposiciones. Además, se designarán dos Enlaces (de Control Interno y Administración de Riesgos), quienes deben tener un nivel jerárquico inferior al responsable. Los cambios en las designaciones se deben notificar a la Contraloría dentro de los 10 días hábiles posteriores.

Vigilancia y Asesoría: La Contraloría, a través de los Órganos Internos de Control (OIC) y vigilará la correcta implementación de las Disposiciones. La Contralora General de la Contraloría y Transparencia Gubernamental brindará asesoría y apoyo a los responsables en la implementación del SCII.

Uso de Tecnologías de la Información y Comunicaciones: La persona responsable de la Coordinación de Control Interno y los Enlaces deben contar con cuentas de correo estandarizadas de la Institución, estas serán el medio oficial de comunicación con la Contraloría.

5. Definiciones

- Acción(es) de control: Las actividades determinadas e implantadas, para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y los relacionados con las tecnologías de la información.
- Acción(es) de mejora: Las actividades determinadas e implantadas para eliminar debilidades en el 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.
- 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, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía, en un marco de transparencia y rendición de cuentas.

- **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.
- **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 ineficientes el logro de metas y objetivos institucionales.
- **Carpeta electrónica:** La aplicación informática que contiene la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité.
- **Comisario:** Persona titular de la Contraloría.
- **Comité y/o CAR:** El Comité de Administración de Riesgos.
- **Competencia profesional:** La cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, que requiere habilidades y conocimientos adquiridos generalmente con formación, experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de las personas para cumplir con sus responsabilidades.
- **Contraloría:** Órgano o entidad encargada de supervisar, controlar y evaluar la correcta utilización de los recursos públicos en las entidades del gobierno, ya sea a nivel Federal, Estatal o Municipal.
- **Control correctivo:** El mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar, en algún grado, omisiones o desviaciones.
- **Control detectivo:** El mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifica las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado.
- **Control interno:** El proceso efectuado por la persona titular de la Dependencia o Entidad y las demás personas servidoras públicas de una institución, con el objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como prevenir actos contrarios a la integridad.
- **Control preventivo:** El mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de metas y objetivos institucionales.
- **COSO:** Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO, por sus siglas en inglés).
- **Debilidad(es) de control interno:** La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional, que obstaculiza o impide el logro de las metas y objetivos institucionales o materializa un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los órganos de fiscalización.
- **Disposiciones:** Las disposiciones en materia de control interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.
- **Eficacia:** El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos en tiempo, lugar, calidad y cantidad.
- **Eficiencia:** El logro de los objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos.
- **Elementos de control:** Los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada institución en su Sistema de Control Interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sean apropiadas y razonables.

- Evaluación del Sistema de Control Interno: El proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y eficiencia con que se cumplen las normas generales de control interno y sus principios, así como los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo de control interno en sus respectivas categorías.
- Factor(es) de riesgo: La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice.
- 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 información, puedan 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 una persona servidora pública, 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.
- Impacto o efecto: Las consecuencias negativas que se generarían en la institución en caso de materializarse el riesgo.
- Informe anual: Estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.
- Mapa de riesgos: La representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto de manera clara y objetiva.
- 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.
- MICI: Modelo del Marco Integrado de Control Interno, del Sistema Nacional de Fiscalización, aplicable a los tres órdenes de gobierno del Estado mexicano.
- MIR y/o Matriz de Indicadores para Resultados: La herramienta de planeación estratégica que expresa de 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 Desarrollo Estatal y sus programas derivados, así como a los objetivos estratégicos de las dependencias y entidades, y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación de Desempeño.
- Mejora continua: El 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.
- Modelo Estándar de Control Interno: El conjunto de normas generales de control interno y sus principios y elementos de control, los niveles de responsabilidad de control interno, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al Sistema de Control Interno Institucional.
- Objetivos institucionales: Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan de Desarrollo Estatal, estructurado en 5 ejes rectores.
- OIC: Órgano Interno de Control, también denominado Órgano de Control Interno,
- 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.
- Probabilidad de ocurrencia: La estimación de que un riesgo se materialice en un periodo determinado.
- Procesos sustantivos: Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la institución, es decir, con el cumplimiento de su misión.

- Programa presupuestario: La categoría programática que organiza, de forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas.
- PTAR: Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- PTCI: Programa de Trabajo de Control Interno.
- L. 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.
- LI. Riesgo(s) de corrupción: La posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o uso indebido de recursos y/o información, empleo, cargo o comisión, se dañen los intereses de una institución para la obtención de un beneficio particular o de terceros. Incluye sobornos, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por una persona servidora pública, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas.
- Seguridad razonable: El alto nivel de confianza, mas no absoluta, de que las metas y objetivos de la institución serán alcanzados.
- 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 metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y cumplimiento de la ley.
- Sistema de información: El conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control de la institución.
- SNF: Sistema Nacional de Fiscalización.
- TIC's: Las Tecnologías de Información y Comunicaciones.
- Titular: Persona titular de las dependencias.
- Unidades Administrativas: responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente.

6. Marco Jurídico

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO, por sus siglas en inglés)
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León
- Código Penal Federal
- Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción
- Ley General de Responsabilidades Administrativas
- Normas Generales de Control Interno en el ámbito de la Administración Pública Federal, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de septiembre de 2006
- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2010
- Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI), basado en el Marco COSO 2013, publicado durante la quinta reunión del Sistema Nacional de Fiscalización (SNF) celebrada en 2014
- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de noviembre de 2016, reformado el 05 de septiembre de 2018
- Ley del Sistema Estatal Anticorrupción para el Estado de Nuevo León
- Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Nuevo León
- Acuerdo por el cual se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en Materia de Control Interno para el Estado de Nuevo León, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 23 de febrero de 2018.
- Acuerdo mediante el cual se establecen las Normas Generales del Sistema de Control Interno Institucional para la Administración Pública Estatal, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 18 de agosto de 2017.

7. Disposiciones Generales

Con fundamento en las Normas Generales del Sistema de Control Interno del Estado de Nuevo León, se establecen las directrices y procedimientos destinados a regular y fortalecer la gestión pública de la Red Estatal de Autopistas, garantizando que las operaciones se realicen con eficiencia, eficacia, transparencia y dentro del marco legal. Estas normas tienen como objetivo prevenir el mal uso de los recursos, detectar posibles irregularidades y asegurar la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

7.1 Principios Rectores

Las Normas Generales del Control Interno se fundamentan en principios básicos que orientan todas las actividades de la Red Estatal de Autopistas:

I. **Legalidad:** Todas las acciones deben realizarse conforme a la legislación vigente, garantizando el cumplimiento de la normativa en cada uno de los procesos administrativos y operativos.

II. **Eficiencia y Eficacia:** Los recursos deben utilizarse de manera adecuada, buscando siempre alcanzar los objetivos establecidos de la forma más eficiente y con el menor costo posible.
Transparencia y Rendición de Cuentas: Las decisiones, actividades y resultados deben ser accesibles y comprensibles para la ciudadanía, permitiendo la evaluación de la gestión pública.

III. **Integridad y Ética:** Los servidores públicos deben actuar con honestidad, responsabilidad y respeto en el ejercicio de sus funciones, promoviendo una cultura organizacional de ética y valores.

7.2 Componentes del Control Interno

El control interno de la Red Estatal de Autopistas, con fundamento en las Normas Generales del Control Interno del Estado de Nuevo León, se estructura en los siguientes componentes clave, que son esenciales para su buen funcionamiento:

I. **Ambiente de Control:** Este componente establece las condiciones y la cultura organizacional que promueven la integridad, el respeto y el compromiso con los valores públicos. Incluye la formación constante de los servidores públicos y la creación de un clima laboral basado en la ética.

II. **Evaluación de Riesgos:** Consiste en identificar, evaluar y analizar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de la Red Estatal de Autopistas, tanto internos como externos, permitiendo anticiparse a posibles contingencias.

III. **Actividades de Control:** Se definen políticas, procedimientos y controles específicos para mitigar los riesgos y asegurar que los recursos sean utilizados de manera adecuada y conforme a los objetivos establecidos.

IV. **Información y Comunicación:** Este componente garantiza que la información relevante fluya adecuadamente dentro de la organización, permitiendo una toma de decisiones informada y efectiva.

V. **Monitoreo:** Implica la supervisión continua de las actividades de control y la evaluación de los procesos para asegurarse de que los sistemas sean efectivos y se apliquen correctamente en todas las áreas de la Red Estatal de Autopistas.

7.3 Responsabilidades

La dependencia tiene la responsabilidad de implementar su sistema de control interno y debe cumplir con las siguientes tareas:

- Establecer políticas y procedimientos adecuados para el manejo de recursos y la operación.
- Designar responsables para la implementación y monitoreo de las actividades de control
- Realizar auditorías internas periódicas para evaluar el desempeño y detectar posibles deficiencias o irregularidades.
- Corregir cualquier deficiencia o irregularidad detectada durante las auditorías, implementando las acciones correctivas correspondientes.

7.4 Auditoría y Supervisión

El Órgano de Control Interno tiene la responsabilidad de llevar a cabo auditorías y supervisiones dentro de la Red Estatal de Autopistas, con el fin de evaluar la efectividad del control interno y garantizar el uso adecuado de los recursos públicos. Además, este órgano debe emitir recomendaciones y tomar las acciones necesarias ante cualquier hallazgo de irregularidades o incumplimiento de las normas establecidas.

7.5 Prevención de la Corrupción

Las Normas Generales del Control Interno del Estado de Nuevo León promueven la implementación de medidas específicas para prevenir actos de corrupción, tales como:

- La divulgación de las normas de conducta para los servidores públicos.
- La capacitación constante en ética pública y la correcta gestión de recursos.
- El establecimiento de canales de denuncia confidenciales y seguros, que permitan a los empleados y la ciudadanía reportar irregularidades sin temor a represalias.

7.6 Rendición de Cuentas

El control interno también incluye mecanismos para asegurar que las unidades administrativas de la Red Estatal de Autopistas rindan cuentas sobre el uso de los recursos públicos. Esto incluye la obligación de proporcionar información clara y accesible sobre la gestión de los recursos y los resultados obtenidos, tanto a nivel interno (ante autoridades competentes) como externamente (ante la ciudadanía).

7.7 Evaluación y Mejora Continua

El sistema de control interno no es estático. Con fundamento en las Normas Generales del Control Interno del Estado de Nuevo León, las normas establecen que las unidades administrativas de la Red Estatal de Autopistas deben realizar evaluaciones periódicas de sus sistemas de control, identificar áreas de oportunidad y realizar ajustes para mejorar su efectividad. Este enfoque de mejora continua asegura que el control interno se adapte a nuevas circunstancias y desafíos.

7.8 Normatividad y Cumplimiento

Finalmente, todas las unidades administrativas de la Red Estatal de Autopistas deben cumplir con los estándares de control interno establecidos por el Sistema Estatal de Control Interno, así como con las leyes y disposiciones locales aplicables, como la Ley de Auditoría Superior del Estado de Nuevo León y otras normativas relacionadas.

Estas disposiciones generales constituyen la base para una administración pública más eficiente, transparente y responsable en la gestión de la infraestructura vial del estado, contribuyendo a una mejor calidad de los servicios y la confianza de la ciudadanía.

8. Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional

El Sistema de Control Interno Institucional (SCII) deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por las personas servidoras públicas responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) dentro de su ámbito de competencia.

Se deberá identificar y conservar la evidencia documental y/o electrónica que respalde la existencia y suficiencia de la implementación de las cinco Normas Generales de Control Interno, sus 17 Principios, así como tener disponible dicha evidencia para las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

Para realizar la evaluación del SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control en al menos cinco procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), y como máximo los que se determinara conforme a su mandato y características.

El objetivo es conocer el estado del SCII.

Se determinará cuáles serán los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) para la evaluación del SCII, una vez que estos estén debidamente mapeados y formalmente incorporados a **Lista de Información Documentada**. Los procesos seleccionados pueden ser aquellos que formen parte de un mismo macroproceso, que estén concatenados entre sí o que se ejecuten de manera transversal entre diversas áreas.

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

- Aporta al logro de los compromisos y prioridades establecidos en el Plan de Desarrollo Estatal.
- Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Red Estatal de Autopistas de Nuevo León.
- Genera beneficios a la población (mayor rentabilidad social) o está relacionado con la entrega de subsidios.
- Está relacionado con trámites y servicios brindados a la ciudadanía, especialmente permisos, licencias y concesiones.
- Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o está directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.
- Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.
- Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, especialmente en lo relacionado con la corrupción.
- Se ejecuta con el apoyo de algún sistema informático.

La institución deberá elaborar y remitir, en el mes de noviembre de cada año, a la Contralora General de la Contraloria y Transparencia Gubernamental y al Titular del Organo Interno de Control (OIC) una matriz en la que se indiquen los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) evaluados en el SCII. Para ello, podrá utilizar el siguiente formato:

Prioridad	No.	Nombre del Proceso	Tipo de Proceso	Unidad Responsable (Dueña del Proceso)	Procedimiento y /o actividad	Criterios de Selección								
						a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)	Suma
1	1	Manual de Organización	Administrativo	RH	Documento de Inducción y Capacitación.	1	1	1	1	1		1		6
2	2	Proceso B												0
3	3	Proceso C												0
4	4	Proceso D												0
5	5	Proceso E												0
	6	Proceso E												0

Este formato forma parte del archivo Excel automatizado correspondiente para la implementación y seguimiento del Sistema de Control Interno Institucional, por parte de la Coordinación de Control Interno.

La evaluación del SCII se llevará a cabo mediante la identificación de la implementación y operación de las cinco Normas Generales de Control Interno y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes 33 elementos de control:

8.1 Principios de las normas generales de control interno

- Ambiente de control

Principio 1: Demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos.
Principio 2: Ejercita responsabilidad de supervisión.
Principio 3: Establece estructura, autoridad y responsabilidad.
Principio 4: Demuestra compromiso con la competencia.
Principio 5: Hace cumplir con la responsabilidad.

- Administración de riesgos

Principio 6: Especifica objetivos relevantes.
Principio 7: Identifica y analiza los riesgos.
Principio 8: Evalúa el riesgo de fraude.
Principio 9: Identifica y analiza cambios importantes.

- Actividades de control

Principio 10: Selecciona y desarrolla actividades de control.
Principio 11: Selecciona y desarrolla controles generales sobre tecnología.
Principio 12: Implementa a través de políticas y procedimientos.

- Informar y comunicar

Principio 13: Utiliza información relevante.
Principio 14: Comunica internamente.
Principio 15: Comunica externamente.

- Supervisión y mejora continúa

Principio 16: Conduce evaluaciones continuas y/o independientes.
Principio 17: Evalúa y comunica deficiencias.

8.2 33 elementos de control

8.2.1 Ambiente de control

1. Las personas servidoras públicas de la Institución conocen y aseguran, en su área de trabajo, el cumplimiento de metas, objetivos, visión y misión institucionales.
2. Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a las personas servidoras públicas responsables de las áreas y procesos para su cumplimiento.
3. La institución cuenta con un Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento del Código de Ética y de Conducta, asegurando que se cumplan las reglas de integridad en el ejercicio de la función pública y sus lineamientos generales.
4. Se aplican, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, se determinan acciones de mejora, se da seguimiento y se evalúan los resultados.
5. La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, y delimita facultades entre las personas servidoras públicas que autorizan, ejecutan, vigilan, evalúan, registran o contabilizan las transacciones de los procesos.
6. Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos institucionales.
7. El manual de organización y procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado con los objetivos y metas institucionales y se actualiza con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable.
8. Se opera un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos) en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

8.2.2 Administración de riesgos

9. Se aplica la metodología establecida para la Administración de Riesgos, que incluye la identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento de los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control.
10. Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados en los procesos que pueden afectar el logro de las metas y objetivos institucionales, y son ejecutadas por la persona servidora pública facultada conforme a la normatividad.
11. Existe un procedimiento formal que establece la obligación de las personas responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos.
12. Se instrumentan en los procesos acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

8.2.3 Actividades de control

13. Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados, basados en el uso de TIC's.
14. Las actividades de control en cada proceso están claramente definidas para cumplir con las metas comprometidas y el presupuesto asignado para el ejercicio fiscal.
15. Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso que miden su avance, analizan los resultados y se evalúan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
16. Se han establecido estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos.
17. Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las instancias de fiscalización, con el fin de evitar su recurrencia.
18. Se identifican y analizan las causas raíz de las debilidades de control interno, priorizando las de mayor relevancia, para evitar su recurrencia e integrarlas a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención.
19. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control.
20. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia.
21. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's.
22. Se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC's en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren.
23. En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos, se cancelan oportunamente los accesos autorizados de las personas servidoras públicas que causaron baja, tanto a espacios físicos como a TIC's.
24. Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital de la Institución en los procesos de gobernanza, organización y entrega relacionados con la planeación, contratación y administración de bienes y servicios de TIC's y con la seguridad de la información.

8.2.4 Informar y comunicar

25. En cada proceso existe un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida y verificable), conforme a las disposiciones legales y administrativas aplicables.
26. Se tiene implantado un mecanismo o instrumento en cada proceso para verificar que los informes sobre el logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales cumplan con las políticas, lineamientos y criterios establecidos.
27. Dentro del sistema de información, se genera de manera oportuna, suficiente y confiable, información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso.
28. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Órgano de Gobierno, Comités Institucionales y grupos de alta dirección, así como su seguimiento, para asegurar su cumplimiento en tiempo y forma.
29. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias.

30. Se cuenta con un sistema de información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección y, en su caso, al Órgano de Gobierno, realizar seguimientos y tomar decisiones.

8.2.5 Supervisión y mejora continúa

31. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de control interno.
32. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre Tecnologías de la Información se utilizan para retroalimentar a los responsables y mejorar el proceso.
33. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte de la persona titular y la administración, la contraloría o una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

La Coordinación de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que los responsables de los procesos prioritarios seleccionados (sustantivos y administrativos) realicen la evaluación con el objetivo de verificar la existencia y suficiencia de los elementos de control.

El responsable 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.

La Coordinación de Control Interno difundirá, mediante el archivo IMPLEMENTACIÓN DEL SCII (en formato de base de datos digital), el listado de evidencias documentales y/o electrónicas sugeridas para sustentar la aplicación de cada elemento de control interno. Dichas evidencias podrán ser consideradas y/o complementadas con otras que la propia Institución tenga establecidas para comprobar que cumple con las condiciones del elemento de control.

8.3 Evaluación de elementos de control adicionales.

Con el propósito de fortalecer el SCII y hacerlo adaptable a las particularidades institucionales, la Coordinación 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. Estos elementos deberán basarse en los específicos detallados en el numeral 9 de las presentes Disposiciones, los cuales retoman lo establecido en el MICI.

La Contraloría podrá recomendar la incorporación de elementos de control adicionales en virtud de las deficiencias que llegue a identificar en el SCII. Sin embargo, será la Coordinación de Control Interno quien valorará la viabilidad y pertinencia de incluir dichos elementos de control adicionales.

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

8.4 Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional

8.4.1 De su presentación

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

- Al Contralor(a), a más tardar el 31 de enero de cada año.
- Al Comité de Administración de Riesgos, en la primera sesión ordinaria.
- Titular del Órgano Interno de Control, en la primera sesión ordinaria del año.

8.4.2 De los apartados que lo integran

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

1. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

- Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno.
- Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica que acredite su operación (porcentaje de cumplimiento de 80% o superior).
- Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica que no sean suficientes para acreditar su operación (porcentaje de cumplimiento de 79% o inferior).
- Debilidades o áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional.

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

3. 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.

8.4.3 De la solicitud del informe anual en fecha distinta

El Contralor(a) podrá solicitar el Informe Anual en una fecha distinta al 31 de enero de cada año, por instrucciones superiores, caso fortuito o causas de fuerza mayor.

8.5 Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno

8.5.1 Integración del PTCI y acciones de mejora

El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SCII, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes, también deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de mejora, la unidad administrativa y la persona servidora pública responsable de su implementación, así como los medios de verificación.

El PTCI deberá presentar la firma de autorización de la persona Titular de la Institución, de revisión de la persona servidora pública responsable de la Coordinación 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 las personas servidoras públicas responsables de su implementación y estará a disposición de las instancias fiscalizadoras.

8.5.2 Actualización del PTCI

El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por la Contralor(a), 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 de Administración de Riesgos para su conocimiento y posterior seguimiento.

8.5.3 Reporte de avances trimestral del PTCI

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

- 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;

- 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 de Administración de Riesgos.

- 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.

- Firma de autorizado de la Coordinación de Control Interno y de elaborado del Enlace de Control Interno.

2. La persona servidora pública responsable de la Coordinación de Control Interno deberá presentar dicho reporte:

- Al Contralor(a), dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación,

- Al Comité de Administración de Riesgos, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

8.5.4 Informe de evaluación de la contraloría al reporte de avances trimestral del PTCI

El Contralor(a), a través de la Dirección de Control Interno e Investigación, 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. Este informe será presentado:

1. A la persona titular de la Institución y a la persona servidora pública responsable de la Coordinación de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCI.

2. 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.

8.6 Evaluación de la Contraloría al Informe Anual y PTCI.

8.6.1 Informe de resultados

La Contraloría evaluará el Informe Anual y el PTCI, y presentará, con su firma autógrafa, el Informe de Resultados:

1. A la persona titular de la Institución, a más tardar el último día hábil del mes de febrero; y

2. Al Comité de Administración de Riesgos, en su primera sesión ordinaria.

8.6.2 Del contenido y criterios para su elaboración

El Informe de Resultados de la evaluación realizado por la Contraloría deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

1. 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.
2. 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.
3. 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 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.
4. Conclusiones y recomendaciones.

Las personas servidoras públicas responsables de las Unidades Administrativas y/o procesos de la Institución deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule la Contraloría, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan las presentes Disposiciones.

9. Metodología de administración de riesgos.

9.1 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 que incluya a los servidores públicos titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, la persona servidora pública responsable de la Coordinación de Control Interno y al Enlace de Administración de Riesgos. El objetivo será definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. Dichas acciones deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, la designación de las personas servidoras públicas responsables y las fechas compromiso para la entrega de productos.

9.2 Formalización y etapas de la metodología

9.2.1 Comunicación y consulta

Se realizará conforme a lo siguiente:

1. Considerar el Plan de Desarrollo Estatal, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Institución como los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), así como los involucrados directamente en el proceso de administración de riesgos.

2. 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.

3. Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción. Lo anterior debe tener como propósito:

- Establecer un contexto adecuado;
- Asegurar que los objetivos, metas y procesos de la Institución sean comprendidos y considerados por las personas servidoras públicas responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;
- Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción; y
- Constituir un grupo de trabajo en el que estén representadas todas las áreas de la institución para el adecuado análisis de los riesgos.

9.2.2 Contexto

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

1. Describir el entorno externo de la Institución, considerando los factores sociales, políticos, legales, financieros, tecnológicos, económicos, ambientales y de competitividad, a nivel internacional, nacional y regional.

2. 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. Esto permitirá identificar fortalezas y debilidades para responder a los riesgos que sean identificados.

3. Identificar, seleccionar y agrupar los enunciados definidos como supuestos en los procesos de la Institución, con el 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 se utilizará como referencia en la identificación y definición de los riesgos.

4. Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como al impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales.

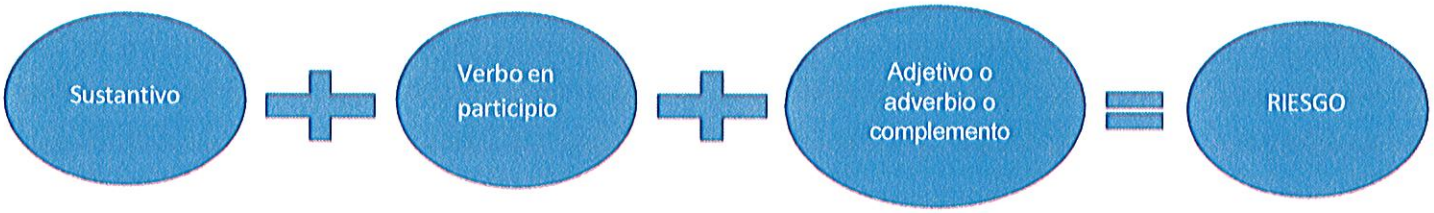
9.2.3 Evaluación de riesgos

Se realizará conforme a lo siguiente:

1. Identificación, selección y descripción de riesgos. Esta actividad se llevará a cabo con base en las metas y objetivos institucionales, así como en los procesos sustantivos mediante los cuales se logran estos objetivos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucionales.

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

3. En la descripción de los riesgos se deberá seguir la siguiente estructura general: sustantivo, verbo en participio y adjetivo, adverbio o complemento circunstancial negativo. Los riesgos deberán ser descritos como situaciones negativas que podrían ocurrir y afectar el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.



9.2.4 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:

1. Estratégico: Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales.
2. Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la institución.
3. Operativo: Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por las personas servidoras públicas responsables de su ejecución.

9.2.5 Clasificación de los riesgos.

La clasificación se realizará en congruencia con la descripción del riesgo determinada, de acuerdo con 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
- Otros

9.2.6 Identificación de factores de riesgo.

Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerando la siguiente clasificación:

- Humano: Relacionado con las personas (internas o externas) que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.
- Financiero-Presupuestal: Relacionado con los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.
- Técnico-Administrativo: Relacionado 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: Relacionado con los sistemas de información y comunicación automatizados.
- Material: Relacionado con la infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.
- Normativo: Relacionado con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos.
- Entorno: Relacionado con las condiciones externas a la organización que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.
-

9.2.7 Tipo de factor de riesgo.

Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:

- Interno: Relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización.
- Externo: Relacionado con las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.

9.2.8 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 que el riesgo identificado se materialice.

9.2.9 Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial).

La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la siguiente escala de valor:

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos 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 período importante de tiempo, afectando 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 metas y objetivos institucionales. Además, se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
7		
6	Moderado	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		
4	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
3		
2	Menor	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la institución.
1		

9.2.10 Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (valoración inicial).

La asignación se determinará con un valor del 1 al 10, en función de los factores de riesgo, considerando las siguientes escalas de valor:

Escala de Valor	Probabilidad de Ocurrencia	Descripción
10	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia muy alta. Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice tiende a estar entre 90% y 100%.
9		
8	Muy Probable	Probabilidad de ocurrencia alta. Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
7		
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media. 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 los controles (evaluación inicial). Esta valoración se determinará sin considerar los controles existentes para la gestión de los riesgos, con el fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a la que está expuesta la Institución en caso de no responder adecuadamente ante ellos.

9.2.11 Evaluación de controles

Se llevará a cabo conforme a lo siguiente:

1. Comprobar la existencia de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
2. Describir los controles existentes para gestionar los factores de riesgo y, en su caso, sus efectos.
3. Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo.

Identificar en los controles lo siguiente:

- Deficiencia: Cuando no se cumpla con alguna de las siguientes condiciones:
- Está documentado: El control está descrito.
- Está formalizado: El control está autorizado por la persona servidora pública facultada.
- Se aplica: El control se ejecuta consistentemente.
- Es efectivo: El control 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.

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

9.2.12 Evaluación de riesgos respecto a controles

Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo.

En esta etapa se realizará la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a la que está expuesta la Institución si no responde adecuadamente ante ellos, considerando los siguientes aspectos:

1. La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial.
2. Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial.
3. Si alguno de los controles del riesgo es deficiente, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial.
4. La valoración final carecerá de validez si no considera 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 basadas en cálculos matemáticos, tales como puntajes ponderados, cálculos de preferencias, procesos de jerarquía analítica y modelos probabilísticos, entre otros.

9.2.13 Mapa de riesgos

Los riesgos se ubicarán en cuadrantes dentro de la Matriz de Administración de Riesgos y se graficarán en el Mapa de Riesgos, de acuerdo con 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 siguientes cuadrantes:

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

Cuadrante II: Riesgos de Atención Periódica: Tienen alta probabilidad de ocurrencia (valor mayor a 5 y hasta 10) y bajo grado de impacto (de 1 hasta 5).

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

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

9.2.14 Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos

Se llevará a cabo considerando lo siguiente:

1. Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos, basadas en la valoración final del impacto y la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Esto permitirá determinar las acciones de control a implementar para cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis de beneficio frente al costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:

- Evitar el riesgo: Consiste en eliminar el factor o los factores que pueden provocar la materialización del riesgo. Si una parte del proceso tiene un alto riesgo, el segmento completo recibirá cambios sustanciales para su mejora, rediseño o eliminación, a través de controles suficientes y acciones emprendidas.

- 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 procedimientos y la implementación o mejora de controles.

- Asumir el riesgo: Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III: Riesgos Controlados, con baja probabilidad de ocurrencia y bajo grado de impacto. En este caso, el riesgo puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control, además de las existentes. También se aplica cuando no es posible abatirlo, y solo pueden establecerse acciones de contingencia.

- Transferir el riesgo: Consiste en trasladar el riesgo a un tercero, mediante la contratación de servicios externalizados, quien deberá contar con la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo y sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia incluye tres métodos:

- Protección o cobertura: Consiste en realizar una acción que reduce la exposición a una pérdida, pero también obliga a renunciar a la posibilidad de una ganancia.

- Aseguramiento: Implica pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora. Diferencia entre aseguramiento y protección: Cuando se recurre a la protección, se elimina el riesgo renunciando a una posible ganancia. En cambio, al recurrir al aseguramiento, se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida sin renunciar a una ganancia posible.

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

- Compartir el riesgo: Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y sus posibles consecuencias, para segmentarlo y canalizarlo hacia diferentes unidades administrativas de la institución, las cuales se responsabilizarán del riesgo en el ámbito de su competencia.

2. Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, y se incorporarán en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).

3. Para los riesgos de corrupción que hayan sido identificados por las instituciones, únicamente se deberán contemplar las estrategias de evitar y reducir el riesgo, ya que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, dado que afectan la imagen, credibilidad y transparencia de las instituciones.

9.2.15 Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos

Se llevará a cabo considerando lo siguiente:

1. Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos, basadas en la valoración final del impacto y la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Esto permitirá determinar las acciones de control a implementar para cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis de beneficio frente al costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:

- Evitar el riesgo: Consiste en eliminar el factor o los factores que pueden provocar la materialización del riesgo. Si una parte del proceso tiene un alto riesgo, el segmento completo recibirá cambios sustanciales para su mejora, rediseño o eliminación, a través de controles suficientes y acciones emprendidas.

- 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 procedimientos y la implementación o mejora de controles.

- Asumir el riesgo: Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III: Riesgos Controlados, con baja probabilidad de ocurrencia y bajo grado de impacto. En este caso, el riesgo puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control, además de las existentes. También se aplica cuando no es posible abatirlo, y solo pueden establecerse acciones de contingencia.

- Transferir el riesgo: Consiste en trasladar el riesgo a un tercero, mediante la contratación de servicios externalizados, quien deberá contar con la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo y sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia incluye tres métodos:

- Protección o cobertura: Consiste en realizar una acción que reduce la exposición a una pérdida, pero también obliga a renunciar a la posibilidad de una ganancia.

- Aseguramiento: Implica pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora. Diferencia entre aseguramiento y protección: Cuando se recurre a la protección, se elimina el riesgo renunciando a una posible ganancia. En cambio, al recurrir al aseguramiento, se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida sin renunciar a una ganancia posible.

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

- Compartir el riesgo: Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y sus posibles consecuencias, para segmentarlo y canalizarlo hacia diferentes unidades administrativas de la institución, las cuales se responsabilizarán del riesgo en el ámbito de su competencia.

2. Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, y se incorporarán en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).

3. Para los riesgos de corrupción que hayan sido identificados por las instituciones, únicamente se deberán contemplar las estrategias de evitar y reducir el riesgo, ya que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, dado que afectan la imagen, credibilidad y transparencia de las instituciones.

9.2.16 De los riesgos de corrupción

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

I. Comunicación y consulta

Para identificar los riesgos de corrupción, las instituciones deberán considerar los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, así como los trámites y servicios tanto internos como externos, incluidos los procesos de investigación y sanción.

II. Contexto

En cuanto a los riesgos de corrupción, las causas deberán establecerse a partir de la identificación de las DEBILIDADES (factores internos) y las AMENAZAS (factores externos) que puedan influir en los procesos y procedimientos, generando una mayor vulnerabilidad frente a estos riesgos.

III. Evaluación de riesgos respecto a controles

Para los riesgos de corrupción, no se tomarán en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidos en el inciso (g) de la etapa de Evaluación de Riesgos, ya que se consideran de impacto grave, dado que la materialización de estos riesgos es inaceptable e intolerable, ya que afectan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la institución. Además, perjudican los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

Entre las herramientas técnicas complementarias que se pueden utilizar para identificar los riesgos de corrupción, se encuentran la "Guía de Autoevaluación a la Integridad en el Sector Público" y la "Guía Básica de Implementación sobre Integridad y Prevención de la Corrupción en el Sector Público", emitidas por la Auditoría Superior de la Federación, las cuales se encuentran disponibles en su portal de internet.

9.2.17 Tolerancia al riesgo

La Administración deberá definir la tolerancia al riesgo para los objetivos estratégicos establecidos por la institución. La tolerancia al riesgo se entiende como el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento total del objetivo estratégico y el grado real de cumplimiento. Una vez definidos los niveles de tolerancia, los responsables de cada riesgo deberán supervisar el comportamiento de estos niveles mediante los indicadores que se establezcan, y reportar a la persona Titular de la Institución y a la persona servidora pública responsable de la Coordinación de Control Interno si se supera el nivel de tolerancia previamente establecido.

No se aplicará ningún nivel de tolerancia para los riesgos de corrupción, los actos contrarios a la integridad, ni para aquellos que impliquen el incumplimiento de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas relacionadas con el servicio público, o que causen la suspensión o deficiencia de dicho servicio en las áreas administrativas que integran la institución.

9.2.18 Servicios tercerizados

La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados contratados para llevar a cabo algunos procesos operativos de la institución, tales como servicios de tecnologías de la información y comunicaciones, mantenimiento, seguridad, limpieza, entre otros. Por lo tanto, en cada área administrativa que involucre dichos servicios, se solicitará al responsable del servicio la identificación de riesgos y el diseño de controles correspondientes. El objetivo es entender y analizar la implementación y operación de estos controles, así como el impacto que el control interno de los terceros pueda tener en el control interno de la institución.

La Administración debe determinar si los controles internos establecidos por los servicios tercerizados son adecuados para asegurar que la institución alcance sus objetivos y responda a los riesgos asociados, o si se deben establecer controles complementarios dentro del control interno de la institución.

9.3 Seguimiento de la Administración de Riesgos

9.3.1 Programa de trabajo de administración de riesgos

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, el cual deberá estar debidamente firmado por la persona Titular de la Institución, la persona servidora pública responsable de la Coordinación de Control Interno y la persona servidora pública encargada del Enlace de Administración de Riesgos.

El PTAR incluirá lo siguiente:

1. Los riesgos.
2. Los factores de riesgo.
3. Las estrategias para administrar los riesgos.
4. Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, que deberán identificar:

- Unidad administrativa.
- Responsable de su implementación.
- Fechas de inicio y término.
- Medios de verificación.

9.3.2 Reporte de avances trimestral del PTAR

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR será realizado periódicamente por la persona servidora pública responsable de la Coordinación de Control Interno y la persona servidora pública encargada del Enlace de Administración de Riesgos. El resultado será informado trimestralmente a la persona Titular de la Institución a través del Reporte de Avances Trimestral (RATAR) del PTAR. Este reporte deberá contener al menos lo siguiente:

1. 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.
2. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso, junto con las propuestas de solución para la consideración del Comité de Administración de Riesgos.
3. 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. Además, se deberá indicar su impacto en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos.
4. Firmas de la persona servidora pública responsable de la Coordinación de Control Interno y de la persona servidora pública encargada del Enlace de Administración de Riesgos.

La persona servidora pública responsable de la Coordinación de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR:

1. A la persona Titular de la Contraloría, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines de evaluación, y
2. Al Comité de Administración de Riesgos, según corresponda, en las sesiones ordinarias, de la siguiente manera:

- Reporte de Avances del primer trimestre en la segunda sesión.
- Reporte de Avances del segundo trimestre en la segunda sesión.
- Reporte de Avances del tercer trimestre en la primera sesión de cada año.
- Reporte de Avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

9.3.3 Evidencia documental del PTAR

La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y los avances reportados será resguardada por las personas servidoras públicas responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional. Esta evidencia deberá ponerse a disposición de los órganos internos de control, a través de la persona servidora pública encargada del Enlace de Administración de Riesgos.

9.3.4 Informe de evaluación del órgano interno de control al reporte de avances trimestral del PTAR

La Contraloría presentará en las sesiones ordinarias del Comité de Administración de Riesgos su informe de evaluación sobre cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, de la siguiente manera:

1. A la persona Titular de la Institución, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTAR.
2. Al Comité de Administración de Riesgos, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

9.3.5 Del reporte anual de comportamiento de los riesgos

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

1. Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto; aquellos modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos.
2. Comparativo del total de riesgos por cuadrante.
3. Variación del total de riesgos y por cuadrante.
4. 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. La persona Titular de la Institución informará sobre el mismo al Comité de Administración de Riesgos, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

10. Anexo

N/A

11. Información Documentada Relacionada

Tipo	Código	Nombre del registro	Responsable	Tiempo de retención
Interna	N/A	Matriz de Administración de Riesgos Institucional (Matriz)	Control Interno	Ver. FO-CAL-03
Interna	N/A	Mapa de Administración de Riesgos Institucional	Control Interno	Ver. FO-CAL-03
Interna	N/A	Evaluaciones de Control Interno	Control Interno	Ver. FO-CAL-03
Interna	N/A	Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).	Control Interno	Ver. FO-CAL-03
Interna	N/A	Reporte de Avances Trimestral del PTAR (RAT).	Control Interno	Ver. FO-CAL-03
Interna	N/A	Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos (RAC).	Control Interno	Ver. FO-CAL-03

12. Control de Cambios

Versión	Fecha	Descripción del cambio	Motivo del cambio
00	24-01-2025	Documento de Nueva Creación.	N/A