



POLÍTICAS GENERALES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 2025

Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato

COORDINACIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE RIESGO Y MEJORA ADMINISTRATIVA

Índice

GLOSARIO	2
INTRODUCCIÓN	7
1. OBJETIVOS	10
2. ALCANCE	10
3. RESPONSABLES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	11
4. ÉTICA.....	13
5. CONTROL INTERNO	14
6. METODOLOGÍA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	16
6.1. NORMATIVIDAD.	18
6.2. COMITÉ DE CONTROL INTERNO.....	18
6.3. CAPACITACIÓN Y ASESORÍA.	29
6.4. PLATAFORMA DE CONTROL INTERNO.....	29
6.5. INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN	34
6.6. SUPERVISIÓN AL CONTROL INTERNO	34
6.7. INFORME DE GESTIÓN DEL RIESGO	35
6.8. MEJORA ADMINISTRATIVA.....	35
ASÍ MISMO; DE ACUERDO A LAS ÁREAS DE OPORTUNIDAD DETECTADAS EN LOS PUNTOS:	36
6.5. INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN,	36
6.6. SUPERVISIÓN AL CONTROL INTERNO, Y.....	36
6.7. INFORME DE GESTIÓN DEL RIESGO	36
7. VIGENCIA	36
8. VALIDACIÓN.....	36

Glosario

Actividades de supervisión: Acciones de monitoreo realizadas en todas y cada una de las operaciones y procesos durante el transcurso de las actividades cotidianas de las Unidades Administrativas.

Análisis FODA: (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas): Herramienta que se utiliza para analizar la situación real de la Unidad Administrativa, considerando su situación externa y características internas, para poder observar un panorama global y determinar una estrategia que coadyuve para evitar, reducir, asumir o transferir aspectos negativos que podrían obstaculizar el logro de objetivos (riesgos).

Analista de Control Interno: Persona servidora pública adscrita a la Coordinación de Control Interno y Revisiones Administrativas de la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa, asignada a una Unidad Administrativa a efectos de brindar asesoría, capacitación, retroalimentación o acompañamiento, para la implementación, desarrollo y fortalecimiento del Sistema de Control Interno del ISAPEG.

Comité de Control Interno: Grupo de personas servidoras públicas encargadas de implementar las acciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos del Control Interno institucional, mediante el Sistema de Control Interno.

Control correctivo: Mecanismo específico de control que permite identificar y corregir omisiones o errores en la etapa final de un proceso.

Control detectivo: Mecanismo específico de control que permite identificar y corregir omisiones o errores en el momento en que el proceso ocurre, antes de su etapa final.

Control Interno: Proceso llevado a cabo por las personas servidoras públicas del ISAPEG, implementado para proporcionar una seguridad razonable con respecto al logro eficiente y efectivo de los objetivos y metas institucionales, obtener información confiable y oportuna, así como para cumplir con el marco jurídico aplicable.

Control preventivo: Mecanismo específico de control que permite identificar y corregir omisiones o errores, de manera anticipada a la posibilidad de que ocurran situaciones no deseadas o inesperadas en un proceso.

Enlace de Control Interno: Persona servidora pública, integrante del Subcomité de Control Interno de una Unidad Administrativa del ISAPEG; que recibe capacitación, asesoría y/o acompañamiento por parte del Analista de Control Interno, para documentar, verificar, integrar y proporcionar, la información del Sistema de Control Interno mediante la Plataforma de Control Interno.

Gestión de riesgo: Proceso para identificar, evaluar y minimizar el impacto del riesgo, mediante el establecimiento de estrategias efectivas, a fin de mitigar su materialización. Una de las herramientas de este proceso, es la Matriz de probabilidad de ocurrencia y el grado de impacto, conocida como MAR.

Grado de impacto: Nivel de las consecuencias o afectaciones que podrían resultar de la materialización de un riesgo.

Índice Temático: Formato electrónico alojado en la Plataforma de Control Interno del ISAPEG, que refleja el autodiagnóstico de los elementos de control de los 5 componentes del Control Interno de una Unidad Administrativa, mediante las evidencias documentales.

Informe de Control Interno: Documento que contiene la información relativa al estado en que se encuentran las metas y objetivos del ISAPEG, mediante la implementación, seguimiento, autoevaluación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno institucional.

Informe de Gestión de Riesgos: Documento que contiene la información relativa a los resultados de Control Interno, obtenidos durante un ejercicio concluido, para promover la mejora administrativa y fortalecer el Sistema de Control Interno institucional, mediante su seguimiento.

ISAPEG: Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

Mapa de riesgos: Representación gráfica de los riesgos de una Unidad Administrativa, que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su grado de impacto en forma clara y objetiva.

Matriz de Administración de Riesgos (MAR): Formato electrónico alojado en la Plataforma de Control Interno del ISAPEG, que refleja el autodiagnóstico y autoevaluación de los riesgos, que podrían afectar el logro de las metas y objetivos de la Unidad Administrativa.

Mejora Administrativa: Conjunto de acciones encaminadas a la optimización de los procesos de la Unidad Administrativa, con el objetivo de aumentar la eficiencia, reducir los errores y mejorar la productividad, a partir de un autodiagnóstico y metas establecidas.

Órgano Interno de Control: Unidad Administrativa adscrita a la Secretaría de la Honestidad, a cargo de evaluar el buen funcionamiento del Control Interno del ISAPEG, competente para aplicar las leyes en materia de responsabilidades de personas servidoras públicas.

Probabilidad de ocurrencia: Es la posibilidad de que un riesgo identificado, se materialice.

Procesos de apoyo: Aquéllos que aportan sustentabilidad operativa a los procesos principales.

Procesos sustantivos: Aquéllos que directamente cumplen los objetivos o finalidades de la Unidad Administrativa, dando por resultado un bien o servicio a un usuario.

Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR): Acciones a desarrollar, encaminadas a evitar la materialización del riesgo, en una temporalidad establecida, con una persona servidora pública como responsable de la ejecución y de generar las evidencias correspondientes de una Unidad Administrativa.

Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI): Documento anexo al Informe de Control Interno del ISAPEG, que contiene elementos de control establecidos para documentar durante el ejercicio y coadyuvar a la mejora continua del Sistema de Control Interno institucional, organizados por componente, definiendo un responsable y fecha de cumplimiento.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de que un evento o acción se materialice y su grado de impacto, obstaculice el logro de objetivos y metas de la Unidad Administrativa.

Seguridad razonable: Nivel satisfactorio de confianza, reconociendo la existencia de limitaciones inherentes al Control Interno.

Sistema de Control Interno: Conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica 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 objetivos y metas en un ambiente ético, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley.

Subcomité de Control Interno: Grupo de personas servidoras públicas que se coordinan para la implementación, desarrollo y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de una Unidad Administrativa del ISAPEG.

Titular: Persona servidora pública, que se ostenta como responsable de una Unidad Administrativa del ISAPEG, con independencia del término con el que se identifique su cargo o puesto.

Unidad Administrativa: Unidades que conforman la estructura orgánica del ISAPEG y que tienen a su cargo la administración de recursos presupuestales, humanos, materiales y tecnológicos, así como su ejercicio o ejecución de programas, procesos, programas y proyectos, con el fin de cumplir con eficacia y eficiencia la misión que le ha sido conferida, en las disposiciones jurídicas aplicables.

Introducción

El Gobierno del Estado está comprometido en sentar las bases para el diseño de políticas públicas más efectivas, conscientes de la naturaleza multidimensional y dinámica de la confianza institucional. Se centra en fortalecer la relación entre el gobierno y la ciudadanía a través de una gestión pública eficaz, eficiente y orientada al servicio de las personas. La estrategia integral contempla la eficiencia financiera y la sostenibilidad de los recursos públicos, con el reconocimiento de la responsabilidad de administrar con transparencia el patrimonio común de los guanajuatenses.

Dicha función gubernamental, es atribución de los Titulares y el personal de las instituciones del sector público; por lo que es menester mencionar que las mismas, deben contar con las herramientas que aporten elementos para promover la consecución de objetivos, minimizar riesgos, reducir la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción, integrar las tecnologías de la información en sus procesos, promover la integridad y el comportamiento ético de las personas servidoras públicas y, consolidar la rendición de cuentas y la transparencia, para llevar a cabo dicha encomienda social.

Por lo que; las instituciones gubernamentales, de acuerdo a sus particularidades, deberán generar las condiciones necesarias para desarrollar dichas herramientas, entre ellas, deberán documentar el Control Interno, conforme a lo establecido en los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato, como el "*proceso llevado a cabo por las personas servidoras públicas de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, diseñado e implementado para proporcionar una seguridad razonable con respecto al logro eficiente y efectivo de los objetivos y metas institucionales, obtener información confiable y oportuna, así como para cumplir con el marco jurídico aplicable*".

En el Estado de Guanajuato; la coordinación y supervisión del Control Interno de las dependencias y entidades, es llevado a cabo por la Secretaría de la Honestidad de acuerdo al artículo 32 fracción I incisos a, b y c de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo -

para el Estado de Guanajuato, misma que suma los esfuerzos alineando las acciones a la Federación como parte de la política pública, realizando especial énfasis en la actualización de la norma jurídica, la prevención de riesgos, la mejora de procesos y el fortalecimiento de los controles internos.

De conformidad con los artículos 1, 2 y 34 de los Lineamientos Generales de Control Interno del Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato y al Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público, el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, diseña y genera las condiciones más adecuadas para la implementación de un Sistema de Control Interno, que permita fomentar y fortalecer la estandarización de normas, la promoción de la integridad, la prevención de la corrupción y la ética, el establecimiento de controles, generar información de calidad, contar con sistemas de comunicación más efectivos y llevar a cabo una supervisión constante; favoreciendo la legalidad, la transparencia y la rendición de cuentas en todos los procesos.

Derivado de lo anterior; con fundamento en el artículo 62 fracción II. del Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, donde se aprecia que de entre las Unidades Administrativas que conforman la Coordinación General de Administración y Finanzas está la Dirección General de Administración; y que de entre sus atribuciones, la fracción VI. del artículo 72 del mismo ordenamiento jurídico, señala que dicha Dirección General, deberá supervisar el cumplimiento de la normativa en materia de Control Interno institucional.

Por lo que; de acuerdo al artículo 71 fracción III. del citado Reglamento, entre las Direcciones de Área adscritas a la Dirección General de Administración, se encuentra la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa, quien cuenta con las atribuciones contenidas en los artículos 29. Atribuciones genéricas y el 75 fracción I, del Reglamento Interior del ISAPEG, que señala:

“I. Establecer, coordinar y asesorar a las Unidades Administrativas sobre las acciones generales y la metodología a desarrollar para coadyuvar al cumplimiento de objetivos y metas en materia de Control Interno del ISAPEG”.

El presente documento, contiene el Sistema de Control Interno del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, conformado por los procesos y mecanismos, que coadyuvan a incrementar la seguridad razonable del logro de los objetivos y metas institucionales, fomentando un ambiente ético, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley.

Por lo anterior, y con fundamento en el artículo 72 fracción III del Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato, el artículo 4 del Código de Ética del Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato y el artículo 6 de la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato se emiten las:

Políticas Generales del Sistema de Control Interno

1. Objetivos

- Coadyuvar al cumplimiento de los objetivos institucionales, traducidos en mejorar la calidad de los servicios en materia de salud y regulación sanitaria, que proporciona el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato a la población guanajuatense.
- Contribuir con la transparencia de la gestión y rendición de cuentas mediante los mecanismos de control y autoevaluación.
- Promover la eficiencia, eficacia y congruencia en la operación.
- Fomentar el apego a la normatividad en materia de Control Interno para mejorar los resultados en el cumplimiento de metas y objetivos, así como promover la prevención de la corrupción.
- Realizar en forma permanente procesos de mejora continua, innovación y actualización en concordancia con las transformaciones institucionales y retos del entorno.

2. Alcance

De acuerdo al artículo 2 de los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato, las presentes Políticas son de aplicación obligatoria a todas las Unidades Administrativas que conforman la estructura organizacional vigente del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato; mismas que por el ejercicio fiscal, deberán documentar el Sistema de Control Interno mediante la herramienta de la Plataforma de Control Interno, así como con los mecanismos y formatos que se den a conocer previamente, por parte de la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa, adscrita a la Dirección General de Administración.

3. Responsables del Sistema de Control Interno

La implementación, el desarrollo y el fortalecimiento del Control Interno en el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, es responsabilidad de las personas servidoras públicas que conforman la estructura orgánica y funcional de dicho Instituto; de donde, el Titular coordinará y procurará, las condiciones necesarias para documentar el Sistema de Control Interno de la Administración Pública Estatal y todos los servidores públicos deberán colaborar de acuerdo a las funciones que desempeñan.

La Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa es el área que actualiza el diseño de la metodología de Control Interno, coordina la implementación, el desarrollo y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno institucional; así como también, figurará como Enlace en la materia ante la Secretaría de la Honestidad del Gobierno del Estado de Guanajuato, con lo cual se da cumplimiento en lo establecido el artículo 61 de los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato

La Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa, llevará a cabo las siguientes actividades, en coordinación con la Unidades Administrativas:

- Actualizar la Metodología del Sistema de Control Interno;
- Difundir todo tipo de información relacionado con el Sistema de Control Interno;
- Capacitar y asesorar a las Unidades Administrativas respecto del Sistema de Control Interno y las herramientas que lo conforman;
- Solicitar la información referente al cumplimiento de metas y objetivos institucionales, a las personas Titulares de las Unidades Administrativas;
- Considerar diversas herramientas para la detección de posibles riesgos institucionales;

- Verificar el cumplimiento en la entrega de información y evaluar la calidad de dicha información, mediante la supervisión documental de las evidencias de la Unidad Administrativa;
- Realizar actividades de supervisión en campo respecto a los procesos de Control Interno, en las Unidades Administrativas;
- Cualquier otra acción que sea necesaria para el cumplimiento a la normatividad vigente, en materia de Control Interno.

De igual manera; la responsabilidad de proporcionar la información y la calidad de la misma, recae en la persona Titular o en la persona servidora pública Encargada de cada Unidad Administrativa, que conforma la estructura organizacional del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato; cuando se ubique en uno o más, de los siguientes supuestos:

- Figurar en el listado de Unidades Administrativas de acuerdo al artículo 4 del Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato;
- Contar con CLUES;
- Contar con Centro Gestor;
- Estar ubicado en un domicilio diferente a la Unidad Administrativa de la que es dependiente administrativa y/u operacionalmente; o,
- Que la Unidad Administrativa de la que depende administrativa y/u operacionalmente, no incluya de manera separada y debidamente identificable, la información del Sistema de Control Interno, independientemente de la ubicación física de sus unidades adscritas.

Así mismo; según el tercer punto del apartado de “Responsabilidades y funciones en el Control Interno”, del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público, todas las personas servidoras públicas adscritas al Instituto de Salud Pública del

Estado de Guanajuato, distintos a la persona Titular y el área de apoyo designada por él mismo, que coordinan el diseño, implementación y operación del Control Interno, son responsables de informar 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, para lo cual, el ISAPEG, cuenta con los correos electrónicos oficiales salud@guanajuato.gob.mx y cinterno.isapeg@guanajuato.gob.mx.

4. Ética

Se hace especial mención; sobre la importancia de fomentar la ética y la integridad en las instancias gubernamentales, en el desarrollo de las funciones de las personas servidoras públicas; por lo que, el artículo 18 de los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato, en el apartado III. *“Principio. Establece considerar el riesgo de corrupción”*, y como punto de interés señala que, es necesario considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, abuso y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos.

En este tenor; el Código de Ética del Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato, además de contener los principios institucionales y legales que rigen el servicio público y los valores que deben observar los servidores públicos en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, contiene las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública.

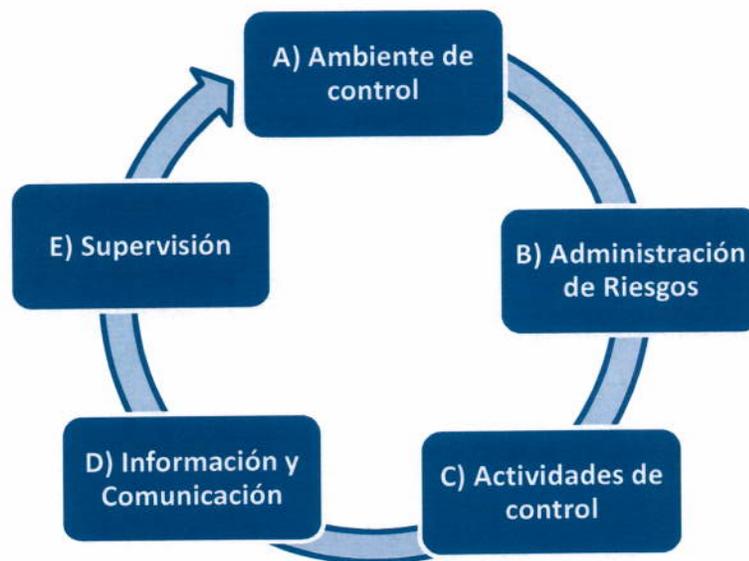
De donde; el artículo 16 de dicho Código, contiene la Regla de Integridad de Control Interno, que señala: *“la persona servidora pública debe cumplir y hacer cumplir las reglas, criterios y políticas institucionales en materia de Control Interno; sobre todo cuando genera, obtiene, utiliza y comunica información suficiente, oportuna y confiable para la toma de decisiones que contribuyan a la mejora continua, detección y minimización de las áreas de riesgo que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales...”*.

De igual manera, el artículo 7 fracción I de los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato, establece el Principio. “*Mostrar actitud de Respaldo y Compromiso*”, el cual señala que “la persona Titular y demás personal Directivo y Estratégico, deben mostrar una actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta y la prevención de irregularidades administrativas y la corrupción; guiando al demás personal a través del ejemplo, para el logro de los objetivos”.

Y; para coadyuvar a lo anterior; el ISAPEG cuenta con un Comité Interno de Ética y Prevención de Conflictos de Interés, un Código de Conducta, un Programa de Promoción y Prevención de la Corrupción y el correo electrónico oficial etica.isapeg@guanajuato.gob.mx.

5. Control Interno

El proceso del Control Interno, es un sistema cíclico; está conformado por 5 componentes, donde todos son igual de importantes y deben interactuar de manera conjunta, como se observa en la siguiente figura:



El ciclo inicia en el Componente A) Ambiente de Control, que comprende la normativa interna y externa que aplica a la Entidad; concluye en el Componente E) Supervisión, donde se identifican áreas de oportunidad y se generan estrategias de mejora para reiniciar el ciclo.

Ambiente de Control. *Es el proceso de prevención que tiene por objeto sentar las bases de integridad, autoridad, estructura, disciplina, valores y filosofía de la Unidad Administrativa, con la finalidad de influir consistentemente entre los colaboradores, a través de parámetros definidos, para el logro de metas y objetivos institucionales.* Aquí encontrará que se solicita: El organigrama, el Manual de Organización, el Manual de Procedimientos, el Plan Anual de Trabajo, entre otras políticas, normas o lineamientos internos o externos, aplicables de acuerdo a nuestras funciones.

B. Administración de Riesgos. *Proceso constante de prevención y control, su importancia radica en incrementar la confianza en la operatividad de la Unidad Administrativa, identificando los riesgos a que está expuesta en el desarrollo de sus actividades; analizando los distintos factores que pueden provocarlos, estableciendo las estrategias que permitan administrarlos y, por lo tanto, contribuir al logro de los objetivos y metas de una manera razonable.*

Para documentar este Componente; además de los elementos de control, se cuenta con un formato electrónico llamado: Matriz de Administración de Riesgos (Módulo de la Plataforma de Control Interno del ISAPEG).

C. Actividades de Control. *Son aquellas políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos encaminados al cumplimiento de las directrices de los niveles superiores de la Unidad Administrativa a lo largo de toda la operación, ayudan a minimizar la probabilidad de ocurrencia de un riesgo (parte operativa del SCI).* Aquí encontrará que se solicita: El inventario, la encuesta de satisfacción del usuario, encuesta del clima laboral, los resguardos, el control de consumo de papelería, entre otros.

D. Información y Comunicación. *Establecer las medidas conducentes a fin de que la información relevante que se genera, sea adecuada para la toma de decisiones y el logro de los objetivos, metas y programas institucionales.* Aquí encontrará que se solicita: La difusión del Código de Ética, la difusión del Código de Conducta, la difusión de las metas y objetivos, la difusión del Plan Anual de Trabajo, entre otros.

E. Supervisión. *Acción de verificar la ejecución de la instrucción dada, para fomentar la mejora continua del Control Interno, con el fin de elevar la eficacia y eficiencia de sus operaciones.* Aquí encontrará que se solicita: Los resultados obtenidos en el periodo anterior comparado con el periodo en curso, las personas servidoras públicas responsables del Control Interno, las personas servidoras públicas responsables de la supervisión, la revisión de los procesos, el reporte y atención a los problemas del Control Interno, entre otros.

El Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, documenta el Control Interno, mediante una herramienta tecnológica llamada Plataforma de Control Interno (más adelante se mencionará sobre el contenido de dicha Plataforma), que está integrada por varios módulos, uno de ellos contiene el formato electrónico llamado: Índice Temático, mismo que contiene los elementos de control, organizados por cada uno de los 5 componentes del Proceso.

6. Metodología del Sistema de Control Interno

El Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, para dar cumplimiento a las obligaciones institucionales en materia de Control Interno, diseña, implementa, actualiza y fortalece un Sistema de Control Interno de acuerdo a sus características específicas, mediante la creación de una metodología que permita alinear la operatividad y objetivos institucionales a los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato.

La Metodología del Sistema de Control Interno, está encaminada a promover las siguientes acciones:

- Sensibilizar a todos los niveles de responsabilidad, respecto de la importancia del Control Interno;
- Incrementar y fortalecer el ambiente de colaboración operativa institucional;
- Mejorar los conocimientos de operaciones e incrementar el sentido de pertenencia del proceso;
- Favorecer la mejora continua;
- Enfocar esfuerzos en asuntos prioritarios;
- Promover la empatía en la vivencia diaria de valores y práctica de conductas éticas;
- Asumir la responsabilidad de los procesos;
- Identificar áreas de oportunidad y fortalecer los controles existentes;
- Involucrar a toda persona servidora pública, en el Sistema de Control Interno.

Metodología del Sistema de Control Interno del ISAPEG



6.1. Normatividad.

El artículo 7, fracción I de la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato, hace mención que “...*los servidores públicos deben actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión; así como, conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones...*”(sic), por lo que el actuar de toda persona servidora pública no debe ser contrario a lo que establece la normatividad correspondiente a sus funciones.

En materia de Control Interno, contamos con la siguiente normatividad:

- Marco Integrado de Control Interno;
- Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato;
- Ley del Sistema Estatal Anticorrupción de Guanajuato;
- Código de Ética del Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato;
- Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato;
- Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público;
- Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato; y,
- Código de Conducta del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

Así como; cualquier otra ley, reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables a la administración, operación y ejercicio del recurso público, estatal o federal, del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

6.2. Comité de Control Interno

De conformidad con la normatividad estatal, el ISAPEG ha instalado un Comité de Control Interno.

Las atribuciones del Comité de Control Interno, serán las siguientes:

- Promover el establecimiento y actualización del Control Interno, con el seguimiento permanente a la implementación y cumplimiento de los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato;
- Coadyuvar al cumplimiento oportuno de los objetivos y metas institucionales, con enfoque a resultados;
- Impulsar la prevención de la materialización de riesgos y evitar la recurrencia con la atención de la causa identificada de las debilidades de Control Interno de mayor importancia;
- Dar seguimiento a los riesgos detectados para agregar seguridad razonable a la gestión institucional;
- Aprobar el calendario de sesiones, el orden del día, los acuerdos y el seguimiento de acuerdos, para fortalecer el Control Interno, con respecto al estado que guarda anualmente;
- Vigilar que se dé el seguimiento en tiempo y forma a las recomendaciones y observaciones de la Secretaría de la Honestidad, del Órgano Interno de Control, de la Auditoría Superior de la Federación y demás entes fiscalizadores;
- Analizar y dar seguimiento; a los riesgos de atención inmediata, reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos y establecer acuerdos para fortalecer su administración;
- Elaborar, aprobar y dar seguimiento al cumplimiento del Programa de Trabajo de Control Interno; y,
- Las demás, necesarias para el logro de los objetivos del Comité de Control Interno y del Sistema de Control Interno del ISAPEG.

El Comité de Control Interno deberá celebrar al menos tres sesiones ordinarias durante el ejercicio y las sesiones extraordinarias que considere necesarias, de acuerdo al artículo 54 de los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato; y, estará conformado de la siguiente manera:

Cargo	Puesto	Atribuciones
Presidente	Persona Titular de la Secretaría de Salud y Dirección General del ISAPEG.	Voz y voto
Secretario Técnico	Persona Titular de la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa.	Voz
Coordinador de Control Interno	Persona Titular de la Dirección General de Administración.	Voz y voto
Mando Superior	Persona Titular de la Coordinación General de Salud Pública.	Voz y voto
Mando Directivo	Persona Titular de la Coordinación de Asuntos Jurídicos.	Voz y voto
Mandos Medios	Persona Titular de la Dirección de Contabilidad y Seguimiento a Auditoría.	Voz y voto
Mandos Operativos	Enlace de Control y Seguimiento de la Dirección General de Planeación.	Voz y voto
Representante de la Secretaría	Persona Titular del Órgano Interno de Control.	Voz

La persona Titular de cada Unidad Administrativa, integrará un **Subcomité de Control Interno**; con la finalidad de documentar el Sistema de Control Interno del ISAPEG, así como nombrar un Enlace de Control Interno.

El Subcomité de Control Interno; deberá celebrar al menos tres sesiones de carácter ordinario, en los meses de marzo, junio y septiembre de 2025 y, las que sean necesarias de carácter extraordinario, durante el ejercicio fiscal.

Dichas sesiones de trabajo deberán ser de manera independiente a cualquier otra Comisión o Comité y deberá contar al menos con: Convocatoria, orden del día, acta de la sesión y evidencia del seguimiento de acuerdos, según el estatus reportado.

El Subcomité de Control Interno de las oficinas centrales, deberá estar conformado de la siguiente manera:

Función	Cargo
Presidente	Persona Titular de la Unidad Administrativa (Coordinador/Director General).
Coordinador de Control Interno	Quien realice funciones similares de Administrador/Jefe Administrativo.
Secretario Técnico	Enlace de Control Interno ante la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa.
Enlace Mando Superior	Todos los Directores de área o similar (Siguiendo nivel jerárquico de la Persona Titular).
Enlace Mando Superior o Mando Medio	1 Coordinador de Proyectos u Operativos.
Enlace Soporte o Apoyo Operativo	1 Jefe de Departamento.
Enlace Soporte o Apoyo Administrativo	1 Soporte o Apoyo Administrativo.

Aquellas Unidades Administrativas; clasificadas como oficinas centrales, que cuenten con menos de 7 personas servidoras públicas en su plantilla, podrán no integrar el Subcomité de Control Interno.

El Subcomité de Control Interno de las Unidades Administrativas clasificadas como órganos desconcentrados por función, deberá estar conformado de la siguiente manera:

Función	Cargo
Presidente	Persona Titular de la Unidad Administrativa.
Coordinador de Control Interno	Administrador o quien realice funciones similares.
Secretario Técnico	Enlace de Control Interno ante la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa.
Enlace Mando Superior	Subdirector o Coordinador Médico (Siguiendo nivel jerárquico de la Persona Titular, del área médica).

Enlace Mando Superior o Mando Medio	Todas las Jefaturas y Coordinaciones médicas y administrativas del organigrama, que dependan de la Persona Titular, del Administrador y del Subdirector o Coordinador Médico (según el organigrama de cada Unidad Administrativa).
Enlace Soporte o Apoyo Operativo	1 Soporte o Apoyo Administrativo en área médica.
Enlace Soporte o Apoyo Administrativo	1 Soporte o Apoyo Administrativo en área administrativa.

El Subcomité de Control Interno de las Unidades Administrativas clasificadas como órganos desconcentrados por territorio, deberá estar conformado de la siguiente manera:

Función	Cargo
Presidente	Persona Titular de la Jurisdicción Sanitaria.
Coordinador de Control Interno	Administrador Jurisdiccional.
Secretario Técnico	Enlace de Control Interno ante la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa.
Enlace Mando Superior	Subdirector o Coordinador Médico.
Enlace Mando Superior o Mando Medio	Todas las Coordinaciones o Jefaturas que dependan del Administrador o Coordinador Médico.
Enlace Soporte o Apoyo Operativo	1 Soporte o Apoyo Administrativo en área médica.
Enlace Soporte o Apoyo Administrativo	1 Soporte o Apoyo Administrativo en área administrativa.

El Subcomité de Control Interno de las Unidades Administrativas desagregadas de las Cabeceras Jurisdiccionales, deberá estar conformado de la siguiente manera:

Función	Cargo
Presidente	Director o Encargado de la Unidad Administrativa.
Coordinador de Control Interno	Administrador o quien realice actividades similares.

Secretario Técnico	Enlace de Control Interno ante la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa.
Enlace Mando Superior	Siguiente nivel jerárquico del área médica del organigrama, que dependa directamente de la Persona Titular.
Enlace Soporte o Apoyo Operativo	1 Soporte o Apoyo Administrativo en área médica.
Enlace Soporte o Apoyo Administrativo	1 Soporte o Apoyo Administrativo en área administrativa.

El Subcomité de Control Interno, tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Elaborar el formato FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), así como analizar su contenido y documentar las acciones implementadas para la mejora de procesos;
- b) Implementar las medidas de control necesarias, para administrar los riesgos contenidos en la Matriz de Administración de Riesgos y establecer acuerdos para fortalecer su administración;
- c) Establecer acciones de mejora de su Sistema de Control Interno, con respecto a los resultados obtenidos en el ejercicio anterior;
- d) Invitar a las personas servidoras públicas de la Unidad Administrativa a conducirse conforme el Código de Ética del Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato y el Código de Conducta del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato;
- e) Participar en las encuestas u otras acciones relacionadas con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno institucional;
- f) Coordinar las acciones para documentar la entrega de información mediante las herramientas o los medios que le sean solicitados;
- g) Promover el cumplimiento de los Lineamientos Generales de Control Interno para el Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato y la normatividad aplicable al objeto de la Unidad Administrativa;

- h) Difundir entre el personal, el reporte de los problemas de Control Interno inherentes a la operatividad de la Unidad Administrativa, los correos electrónicos cinterno.isapeg@guanajuato.gob.mx, y salud@guanajuato.gob.mx; Para reportar posibles acciones contrarias a la ética al correo etica.isapeg@guanajuato.gob.mx.
- i) Documentar el seguimiento a los acuerdos y compromisos aprobados en las sesiones del Subcomité de Control Interno e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma; y,
- j) Las demás necesarias de conformidad con la normatividad aplicable.

Las funciones de las personas integrantes del Subcomité de Control Interno serán las siguientes:

Funciones de la Presidencia:

- a) Proponer el calendario de sesiones y señalar fecha y hora para las sesiones de trabajo;
- b) Instalar, presidir, dirigir y clausurar las sesiones en el lugar, fecha y hora indicados en la convocatoria;
- c) Vigilar que se traten asuntos sustanciales de la Unidad Administrativa e informar respecto a los acuerdos de la sesión inmediata anterior y vigilar su conclusión;
- d) Diseñar, implementar, supervisar y vigilar el Sistema de Control Interno en la Unidad Administrativa, en coordinación con los servidores públicos del siguiente nivel jerárquico, de acuerdo a sus competencias;
- e) Crear grupos específicos de trabajo para la atención y solución de tareas particulares.
- f) Supervisar la elaboración, firma y envío de los formatos que contengan la información del Sistema de Control Interno, así como sus evidencias (debidamente firmadas, en los casos que proceda);
- g) Verificar que se realice la carga de la información del Sistema de Control Interno en la Plataforma de Control Interno en tiempo y forma, según las fechas proporcionadas por la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa;
- h) Verificar el seguimiento a los compromisos aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma; y,

- i) Las demás necesarias para el logro de objetivos del Subcomité de Control Interno.

La persona servidora pública **Coordinadora de Control Interno**, en apoyo al funcionamiento del Subcomité de Control Interno, tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Determinar en coordinación con la Presidencia, los asuntos a tratar en las sesiones del Subcomité de Control Interno;
- b) Integrar la Matriz de Administración de Riesgos, previa validación de la persona Titular de la Unidad Administrativa en cumplimiento a las disposiciones establecidas;
- c) Comunicar al Subcomité de Control Interno los riesgos de atención inmediata contenidos en la Matriz de Administración de Riesgos y los identificados en el análisis de la elaboración del formato FODA, así como realizar las propuestas de acciones de control para evitar su materialización, tanto en los riesgos institucionales como en los específicos (FODA);
- d) Asesorar a las personas servidoras publicas integrantes del Subcomité de Control Interno para coadyuvar al cumplimiento de los objetivos y metas de la Unidad Administrativa en materia de Control Interno y/o solicitar la intervención del Analista de Control Interno;
- e) Requerir a las personas servidoras publicas integrantes del Subcomité de Control Interno, el soporte documental y actualización de las acciones implementadas respecto de las acciones que les corresponda de Control Interno;
- f) Coadyuvar con la Titular de la Unidad Administrativa, en la implementación, supervisión y vigilancia del cumplimiento del Sistema de Control Interno;
- g) Coordinar las acciones suficientes y necesarias para cumplir en tiempo y forma con el Sistema de Control Interno de la Unidad Administrativa; y,
- h) Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Subcomité de Control Interno.

La **Secretaria Técnica** es la figura técnico-operativo que auxiliará al Subcomité de Control Interno en su funcionamiento y operación, solamente tendrá derecho a voz en el desahogo de las sesiones y tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Preparar y organizar las sesiones;
- b) Convocar con oportunidad a los integrantes del Subcomité de Control Interno conforme el calendario de sesiones, autorizado por la persona Titular de la Presidencia del Comité;
- c) Elaborar orden del día, convocatoria y preparar la documentación pertinente para la sesión;
- d) Elaborar el acta correspondiente y solicitar a las diversas áreas de la estructura orgánica de la Unidad Administrativa, las evidencias correspondientes al avance de cumplimiento de acuerdos;
- e) Clasificar e integrar las evidencias soporte del Sistema de Control Interno para la carga de información en la Plataforma de Control Interno, la creación de las carpetas electrónicas y la carpeta en físico para revisiones futuras, en coordinación con el Coordinador de Control Interno;
- f) Proponer en el ámbito de su competencia, asuntos a tratar en las sesiones para el cumplimiento de programas y temas en la Unidad Administrativa;
- g) Coadyuvar con la persona Titular de la Unidad Administrativa, en la implementación, supervisión y vigilancia del cumplimiento del Sistema de Control Interno;
- h) Las demás que la persona Titular de la Presidencia del Subcomité le confiera y las que señalen las disposiciones legales y reglamentarias en la materia.

Corresponderá a las personas servidoras públicas que fungen como **Enlaces** de las diversas áreas correspondientes al organigrama de la Unidad Administrativa, las siguientes atribuciones de acuerdo a su nivel de competencia:

- a) Acudir y participar en las sesiones que se convoque;
- b) Reportar las áreas de oportunidad para la implementación de controles;
- c) Coadyuvar con la persona Titular de la Unidad Administrativa, en la implementación, supervisión y vigilancia del cumplimiento del Sistema de Control Interno;

- d) Integrar, verificar y entregar la documentación soporte de los elementos de control y los controles de los riesgos, de acuerdo a sus competencias;
- e) Participar y crear grupos específicos de trabajo para la atención y solución de tareas particulares;
- f) Las demás que la persona Titular de la Presidencia del Subcomité le confiera y las que señalen las disposiciones legales y reglamentarias en la materia.

6.2.1. Sesiones del Subcomité de Control Interno. Deberá celebrar sesiones ordinarias y extraordinarias presenciales, con la finalidad de dar continuidad a las atribuciones y asuntos de su competencia.

Las sesiones se llevarán a cabo el día y hora que se indiquen en la convocatoria respectiva, así como constar en acta y documentar los acuerdos y el seguimiento de los mismos, en los meses de marzo, junio y septiembre de 2025.

6.2.2. Convocatorias. En las convocatorias se hará constar el día que se emite, tipo de sesión, fecha, hora y sede de la sesión, el orden del día y la información o documentación relacionada con el orden del día.

Las convocatorias a las sesiones se emitirán con una anticipación mínima de cinco días hábiles tratándose de sesión ordinaria y un día hábil tratándose de sesión extraordinaria.

El envío de las convocatorias y la documentación relacionada con los puntos de la orden del día, se harán preferentemente a través de medios electrónicos.

Las personas servidoras publicas integrantes del Subcomité de Control Interno podrán solicitar la incorporación de asuntos en las sesiones ordinarias, por conducto de la Secretaria Técnica y previa aprobación de quien presida, mismos que se agregarán a los Asuntos Generales por tratar.

6.2.3. Quórum y votación de las sesiones. Las sesiones del Subcomité de Control Interno serán válidas cuando asistan el 50% de la totalidad de los integrantes convocados, más uno (deberá constar anotación en minuta).

Los acuerdos del Subcomité de Control Interno se aprobarán por mayoría de votos de las personas servidoras públicas integrantes presentes. En caso de empate, quien presida tendrá voto dirimente.

6.2.4. Desarrollo de las sesiones. Durante las sesiones del Subcomité de Control Interno, se deliberará sobre las cuestiones contenidas en el orden del día y en su caso se expondrán los asuntos generales.

En las sesiones se tratarán los asuntos en el orden siguiente:

1. Verificación del quórum por la Secretaría Técnica;
2. Aprobación, en su caso, del orden del día;
3. Lectura del acta de la sesión anterior;
4. Seguimiento de acuerdos de acta anterior (en su caso);
5. Desahogo de los asuntos comprendidos en el orden del día;
6. Aprobación de los acuerdos de la presente acta; y,
7. Cierre del acta.

6.2.5. Actas del Subcomité de Control Interno. Los asuntos debatidos y los acuerdos adoptados en las sesiones del Subcomité de Control Interno, se harán constar en un acta que para tal efecto levante la Secretaría Técnica, la cual contendrá, por lo menos:

1. Nombres y cargos de las personas servidoras públicas asistentes;
2. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
3. Acuerdos aprobados;
4. Firmas de las personas servidoras públicas participantes, y
5. Folio en todas sus hojas.

6.2.6. Invitados a las sesiones. El Subcomité de Control Interno, podrá contar con personas servidoras públicas invitadas a las sesiones previa aprobación de la persona Titular de Presidencia del Subcomité de Control Interno, las cuales serán convocadas por conducto de la Secretaria Técnica, a fin de brindar asesoría en algún tema en particular.

6.3. Capacitación y asesoría.

Durante el ejercicio; la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa, proporcionará asesoría en el tiempo y las veces que se considere necesario al Enlace de la Unidad Administrativa (según acta de instalación del Subcomité de Control Interno) y mediante los medios que el Analista de Control Interno tenga a disposición, como puede ser presencial, en línea por medios electrónicos o vía telefónica.

De igual manera; se elaborará un Programa de Capacitación, que podrá estar dirigido para las personas que el Titular de la Unidad Administrativa designe o aquellas personas, que la Analista de Control Interno requiera, de acuerdo con las necesidades de la Unidad Administrativa. De igual manera, la Analista de Control Interno, podrá convocar a sesión de retroalimentación, cuando lo considere necesario o a solicitud de la Unidad Administrativa.

Con la finalidad de agilizar el proceso; toda la información relativa al Sistema de Control Interno, se dará a conocer a las Unidades Administrativas mediante correo electrónico dirigido a la persona Titular, Administrador o Encargado (en su caso) y al Enlace. Es obligación de la Unidad Administrativa, informar el Analista de Control Interno, los cambios de personal que se hayan realizado.

6.4. Plataforma de Control Interno.

Es la herramienta electrónica; que este Instituto ha desarrollado para coadyuvar a documentar, concentrar y evaluar la implementación del Sistema de Control Interno de cada Unidad Administrativa.

Las Unidades Administrativas que documentan el Sistema de Control Interno, deberán contar con un usuario y contraseña para su acceso a la Plataforma citada, dicha información es de carácter confidencial y le será proporcionada, por parte del Analista de Control Interno asignado a su unidad, el uso y cuidado de dichos datos, es responsabilidad de la persona Titular de la Unidad Administrativa.

Así mismo; mediante correo electrónico, se compartirá a las Unidades Administrativas la calendarización de apertura y cierre de la Plataforma de Control Interno para la carga de información; siendo éste, el único medio para recibir información y sólo, en los periodos establecidos.

La Plataforma de Control Interno, contiene:



6.4.1. Formatos (Descargas). Este módulo está habilitado todo el ejercicio; aquí encontrarán formatos diseñados para homologar la entrega de información, para los elementos de control y los controles preventivos, así como otros documentos con información útil.

6.4.2. Índice Temático. Mediante la aplicación de un autodiagnóstico y su evidencia, muestra el estado actual que guarda el Control Interno en la Unidad Administrativa.

Este módulo; contiene los elementos de control a trabajar durante el ejercicio, por lo que la Unidad Administrativa que no cuente con la evidencia de cada uno de ellos, deberá implementar de manera inmediata las acciones necesarias, para documentar el elemento de control, así como asegurarse de que la evidencia cumpla con todos los requerimientos que se solicitan.

6.4.3. Matriz de Administración de Riesgos. Previo a cada apertura de este módulo, se proporciona oportunamente los controles, los entregables y las acciones a documentar, para que cuando concluya cada uno de los dos periodos de carga de información de la MAR, las Unidades Administrativas cuenten con el mayor número posible de controles con evidencias, para documentar las etapas del proceso de la administración de riesgos:

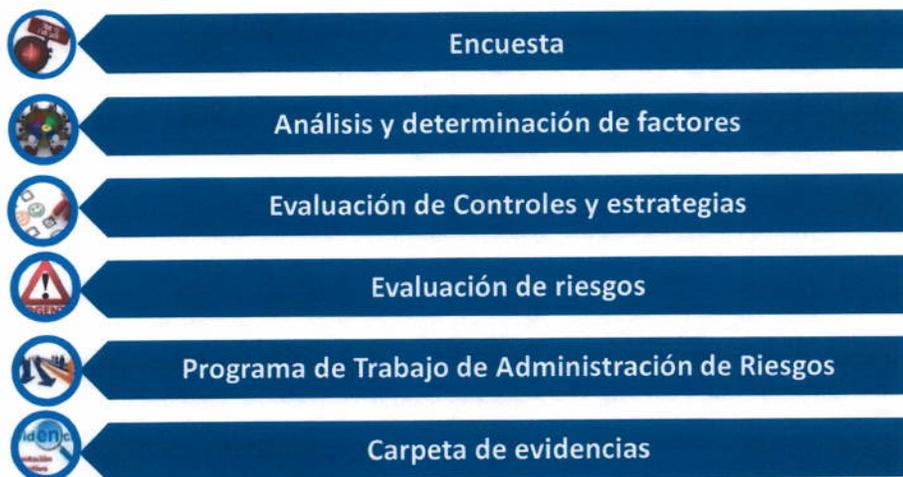


Con la finalidad de homologar la información y considerando que el número de Unidades Administrativas es muy significativo, se administran riesgos institucionales, dejando a la

Unidad Administrativa, la posibilidad de definir los riesgos específicos que pudieran obstaculizar el cumplimiento de metas y objetivos del ejercicio, así como su administración.

El proceso de administración de riesgos, se documenta con la siguiente:

Metodología para la Gestión del Riesgo



Encuesta. Para la identificación y priorización de riesgos; en cada ejercicio, se aplicará una encuesta a las Unidades Administrativas; para que, de acuerdo a su apreciación y la tipología de la Unidad Administrativa, colabore para la identificación de las áreas con mayor vulnerabilidad a la materialización de riesgos.

El riesgo para administrar en el siguiente ejercicio, se podrá definir considerando: los resultados de la encuesta, los resultados de la supervisión documental del ejercicio anterior, los resultados de revisiones de entes fiscalizadores, minutas de sesiones del Comité de Control Interno y los resultados de la supervisión en campo; lo anterior, con la finalidad de efectuar una priorización, considerando la afectación que pueda representar en el presupuesto y en la prestación de los servicios de salud.

Análisis y determinación de factores. Una vez identificado el riesgo y su nivel de decisión; se establece la clasificación y tipo de factores de cada acción, para definir las consecuencias que afectaría a la Unidad Administrativa, en caso de que se materialice el riesgo. (Información prellenada).

Evaluación de Controles y Estrategias. Cuenta con 3 apartados para cargar evidencias por cada control: documentado y formalizado, su aplicación y la efectividad. Al contar con evidencias, automáticamente se define el tipo de control: preventivo, detectivo y correctivo (**información prellenada**); y, se relaciona la estrategia a seguir (**información prellenada**), conforme los resultados obtenidos en la evaluación de controles.

Evaluación de riesgos. Deberá efectuarse de acuerdo a la probabilidad de ocurrencia y al impacto; en caso de materializarse, de acuerdo a la tabla de ponderación para evaluación de riesgos. De igual manera, automáticamente genera el Mapa de Riesgos.

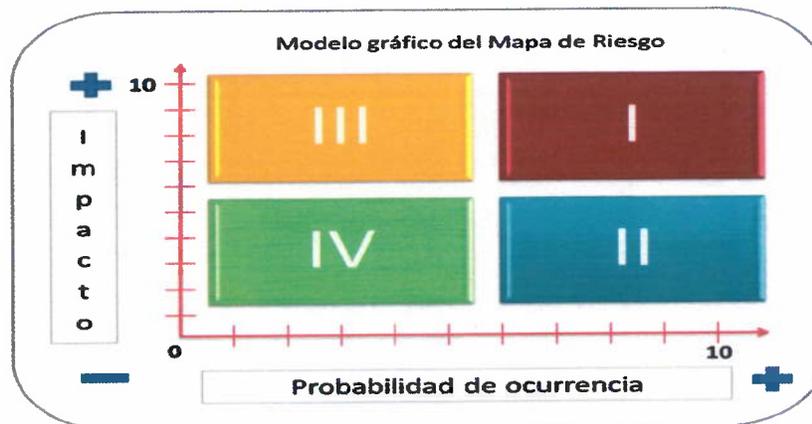


Figura de los cuadrantes del mapa de riesgos, de acuerdo a la probabilidad de ocurrencia e impacto.

Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). Una vez que se conoce el estatus del riesgo a administrar, los controles y su eficiencia, se definen las acciones a documentar para el siguiente periodo de evaluación y la fecha de entrega de evidencias (**información prellenada**).

Carpeta de evidencias. Todas las Unidades Administrativas; deberán contar con su carpeta electrónica de evidencias, debidamente clasificadas por ejercicio, por cada formato electrónico.

6.4.4. Encuestas. En este módulo; previo aviso del Analista de Control Interno, las Unidades Administrativas tendrán acceso a las encuestas, al final de cada ejercicio.

6.4.5. Cédula de Supervisión Documental. Al final del ejercicio, la Unidad Administrativa podrá descargar el resultado obtenido en la Plataforma de Control Interno, previo al aviso por correo electrónico del Analista de Control Interno.

6.5. Integración de la Información

Una vez que las evidencias del Sistema de Control Interno del ISAPEG son descargadas de la Plataforma de Control Interno, se evalúan, clasifican e integran por componente, para conformar la carpeta electrónica de evidencias institucionales, para dar cumplimiento a las obligaciones en la materia, tanto a nivel estatal como federal.

6.6. Supervisión al Control Interno

Las acciones de supervisión al cumplimiento del Sistema de Control Interno de las Unidades Administrativas del ISAPEG, son las siguientes:

- a. **Reporte de Avance.** Durante los periodos de apertura para cargar evidencias en la Plataforma de Control Interno; se generará un reporte que contenga el estatus de cumplimiento en la carga de información de la Unidad Administrativa, a una fecha determinada, para hacer recomendaciones en caso de incumplimiento.
- b. **Supervisión Documental.** Independientemente del estatus de cumplimiento en la carga de información de una Unidad Administrativa; concluido el periodo de carga de información, se evaluarán las evidencias y se informará vía electrónica a la Unidad Administrativa, la fecha en que estará a disposición la Cédula de Supervisión Documental.

- c. **Revisiones administrativas.** Durante todo el ejercicio; ya sea de manera programada o no, se realizarán visitas de supervisión en campo para documentar la verificación de ejecución de procesos en materia de Control Interno de las Unidades Administrativas; con la finalidad de constatar la veracidad de la información documental presentada por las mismas, documentar la efectividad de la ejecución de controles en los procesos e identificar o refrendar áreas de oportunidad.

6.7. Informe de Gestión del Riesgo

Una vez concluido el ejercicio y que se han documentado las diversas acciones del Sistema de Control Interno del ISAPEG, se recopilarán los siguientes documentos:

1. El comportamiento de los riesgos en relación al ejercicio anterior;
2. El resultado del Sistema de Control Interno del Estado de Guanajuato por parte de la Secretaría de la Honestidad;
3. El resultado del Cuestionario de Control Interno de la Auditoría Superior de la Federación; y,
4. Los resultados obtenidos en las revisiones, por parte de los diversos entes fiscalizadores.

Con la información de dichos documentos; se conformará el Informe de Gestión del Riesgo, que se presentará ante el Comité de Control Interno, en la sesión posterior a su elaboración.

6.8. Mejora Administrativa

Atendiendo a que el Control Interno es un proceso cíclico y que la periodicidad de cumplimiento es anual, se deberán documentar los resultados obtenidos en sus diferentes fases, para definir las líneas de acción que impulsen el seguimiento de la mejora continua, generando nuevas estrategias y compromisos, para actualizar la

metodología del Sistema de Control Interno del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

Así mismo; de acuerdo a las áreas de oportunidad detectadas en los puntos:

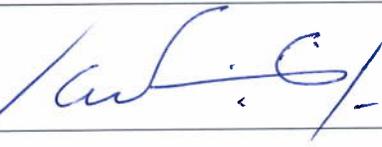
- 6.5. Integración de la Información,
- 6.6. Supervisión al Control Interno, y
- 6.7. Informe de Gestión del Riesgo

Se deberán generar acciones encaminadas a la optimización de los procesos, con el objetivo de coadyuvar al cumplimiento de los objetivos del Control Interno, aumentar la eficiencia y mejorar la productividad, mediante el autodiagnóstico con un enfoque preventivo.

7. Vigencia

Las presentes Políticas Generales del Sistema de Control Interno, entrarán en vigor en el mes de marzo del 2025 y tendrán su vigencia hasta el mes de diciembre del 2025; y, podrán ser modificadas de conformidad con la actualización de la normatividad aplicable en la materia.

8. Validación

Elaboró:	Validó:	Autorizó:
		
<p>C.P. José Rubén López Ramírez Coordinador de Control Interno y Revisiones Administrativas</p>	<p>C.P. Cristina Vargas Páramo Encargada del Despacho de la Dirección de Gestión de Riesgo y Mejora Administrativa</p>	<p>Lic. Luis Alberto Villaseñor Garay Director General de Administración</p>