



PROCEDIMIENTOS
Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

**ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
INSTITUCIONALES**



Código:
PR-SPL-09



Fecha:
DIC 20

Rev. 02

Hoja: 1 de 15

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Subdirección de Planeación	Subdirección de Planeación	Dirección de Administración
Firma			

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 2 de 15

1. Propósito

Establecer las etapas mínimas que observarán las unidades del Instituto para identificar, evaluar, jerarquizar, controlar y dar seguimiento a sus riesgos, a efecto de asegurar en forma razonable el logro de los objetivos y metas institucionales.

2. Alcance

Es aplicable a todas las unidades del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra que contribuyen al logro de los objetivos estratégicos establecidos en el Programa Quinquenal de la Dirección General del Instituto.



3. Responsabilidades

El Titular del Instituto:

- Deberá instruir para iniciar el proceso de administración de riesgos a través de comunicado formal.

Las responsabilidades las indica el numeral 10 del ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno el 12 de julio del 2010, reforma 02 de mayo del 2014 y actualizado el 03 de noviembre del 2016.

- Implementar con apoyo de la Administración (mandos superiores y medios) y de todos los servidores públicos el Control Interno.
- Los servidores públicos deberán informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participa y/o son responsables, y
- En conjunto con mandos medios y superiores determinar las metas y objetivos de la Institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento.
- Establecer y mantener un SCII apropiado, operando y actualizado conforme a las Normas Generales de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento.
- Supervisar que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda, así como un Programa de Trabajo de



	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
	Hoja: 3 de 15		

Administración de Riesgos para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas.

- Aprobar la metodología para la administración de riesgos.
- Instruir y supervisar que las unidades administrativas, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional y acordar con el Coordinador de Control Interno la metodología de administración de riesgos.
- Instruir a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

El Coordinador de Control Interno deberá:

- Acordar con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción.
- Comunicar los resultados del acuerdo con el Titular a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos.
- Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular del Órgano Fiscalizador y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que define la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, para la autorización del Titular, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto.
- Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego al Acuerdo y ser el canal de comunicación e interacción con el Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos.
- Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos, el Proyecto del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
- Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 4 de 15

- Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR Institucionales, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas y comunicar cualquier actualización o cambio determinado a los documentos por el COCODI.
- Verificar que se registren en el Sistema Informático los reportes de avances trimestrales del PTAR.

El Enlace de Administración de Riesgos deberá:

- Ser el canal de comunicación con las unidades administrativas responsables de la Administración de Riesgos informa y orienta sobre, la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear y documentar la Matriz de Administración de Riesgos en el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que se encuentra disponible en el portal de la Normateca Federal http://www.normateca.gob.mx/Archivos/79_D_4353_08-11-2016.pdf
- Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos institucionales de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del comportamiento de los Riesgos.
- Resguardar e incorporar al Sistema Informático los documentos la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.



4. Políticas de operación y normas.

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

. Las etapas de la administración de riesgos para ser ejecutadas son:

I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

.Considerar el plan estratégico del INRLGII identificar y definir tanto los objetivos y metas de la Institución como los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos.

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
	Hoja: 5 de 15		

.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.

.Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción

.Construir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la Institución para el adecuado análisis de los riesgos.

II. CONTEXTO.

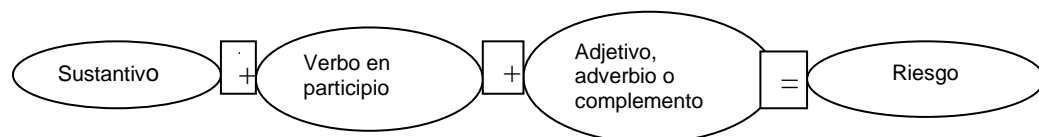
.Describir el entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad del INRLGII

.Describir las situaciones intrínsecas al Instituto relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos y estrategias, recursos humanos, materiales y financieros, programas presupuestarios y la evaluación de su desempeño así como su capacidad tecnológica, bajo las cuales se pueden identificar sus fortalezas y debilidades para responder a los riesgos que sean identificados.

III. EVALUACION DE RIESGOS.



.La formulación de los riesgos seguirá la especificación de Identificación, selección y descripción de riesgos. Se realizará con base en los objetivos y metas institucionales, y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucional.

En la descripción de los riesgos se deberá considerar de preferencia la estructura general definida en el Acuerdo:



Nivel de decisión del riesgo. Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización el considerado en el Acuerdo con la siguiente definición:

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

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 6 de 15

. El Acuerdo señala la clasificación de los riesgos para ser determinados en congruencia con la descripción del riesgo que se definirán y la naturaleza de la Institución, los cuales pueden ser sustantivos, administrativos: legal; financiero; presupuestal de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC's; de salud; de corrupción y otros.

.Identificación de factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la clasificación señalada en el Acuerdo y que a continuación se enlista:

.Humano: Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.

.Financiero Presupuestal: Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.

.Técnico – Administrativo: Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistema no informático, procedimientos, comunicación e información, que interviene en la consecuencia y objetivos.

.TIC's: Se relaciona con los sistemas de información y comunicación automatizados.

.Material: Se refieren a la infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.

.Normativo: Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos.



.Entorno: Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

Tipo de factor de riesgo, señalado en el Acuerdo como:

Interno: Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización.

Externo: Se refieren a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.

Identificación de los posibles efectos de los riesgos. El Acuerdo los identifica como las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales encaso de materializarse el riesgo identificado.

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 7 de 15

Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con una escala de valor del 0 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la escala establecida en el numeral 23, inciso g del Acuerdo.

Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con una escala de valor del 0 al 10, en función de los factores de riesgo considerando la escala del numeral 23, inciso h del Acuerdo.

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

IV. EVALUACION DE CONTROLES.

.Comprobar la existencia o no de controles para los factores de riesgo considerando lo que se detalla:

.Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo.

.Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo;

.Identificar en los controles lo siguiente:

1. Deficiencia: cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones: documentado, se encuentra descrito, autorizado por servidor público facultado, se ejecuta consistentemente el control y es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgos, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.



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

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

V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

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

.La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 8 de 15

.Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;

.Si algunos de los controles del riesgo son deficientes, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial, y

.La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de los controles.

Para la valoración del impacto y de la probabilidad de ocurrencia antes y después de la evaluación de controles el Instituto podrán utilizar como metodología las tablas de valoración del numeral 23, inciso g e inciso h del Acuerdo.

VI. MAPA DE RIESGOS.

Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical, los cuales pueden ser:

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

Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica.- Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 0 y hasta 5;



Cuadrante III. Riesgos Controlados.- Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 0 y hasta 5 de ambos ejes, y

Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento.- Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 0 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.
Estas escalas son determinadas en el Acuerdo.

VII. DEFINICION DE ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE CONTROL PARA ADMINISTRACION DE LOS RIESGOS.

.Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer estrategias, o algunas de las estrategias que pueden considerarse independientemente, interrelacionadas o en su conjunto, son:

1. Evitar el riesgo.- Se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 9 de 15



2. Reducir el riesgo.- Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de procedimientos y la implementación o mejora de controles.
3. Asumir el riesgo.- Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el cuadrante III, riesgos controlados de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecer acciones de contingencia, y
4. Transferir o compartir el riesgo.- Consiste trasladar el riesgo aun externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá de tener la experiencia y la especialidad necesaria par asumir el riesgo, así como sus impactos y pérdidas derivadas de su materialización esta estrategia cuenta con tres métodos:
 - Protección o cobertura: Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a la posibilidad de una ganancia.
 - Aseguramiento: Significa pagar una prima (el precio del seguro) para en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.
 - Diversificación: Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgos en lugar de concentrar toda la inversión en un solo, en consecuencia la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.
5. Compartir el riesgo.- Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y distribuirlo a diferentes unidades administrativas de la Institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

En la identificación de riesgos de corrupción se podrá aplicar la siguiente metodología general de administración de riesgos.

COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

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

CONTEXTO.

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 10 de 15

Las causas se establecerán a partir de la identificación de las debilidades (factores internos) y las amenazas (factores externos) que pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a riesgos de corrupción.

EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

Los riesgos de corrupción son de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la institución, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

Las herramientas técnicas que se podrán utilizar de manera complementaria en la identificación de los riesgos de corrupción son la “Guía de Autoevaluación a la Integridad en el Sector Público” e “Integridad y Prevención de la Corrupción en el Sector Público. Guía Básica de Implementación”, las cuales fueron emitidas por la Auditoría Superior de la Federación y se pueden localizar en su portal de internet.

TOLERANCIA AL RIESGO.



La Administración (mandos medios y superiores) deberán determinar el nivel de la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por el Instituto En donde la tolerancia al riesgo se deberá considerar como el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento cabal del objetivo estratégico, respecto de su grado real de cumplimiento.

Los responsables de cada riesgo deberán supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia, mediante indicadores que para tal efecto establezca, reportando en todo momento al Titular del INRLGII y al Coordinador de Control Interno, en caso que se exceda el riesgo el nivel de tolerancia establecido.

Los riesgos de corrupción y de actos contrarios a la integridad, así como para los que impliquen incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, o que causen la suspensión o deficiencia de dicho servicio, por parte de las áreas administrativas que integran la institución.

SERVICIOS TERCERIZADOS.

La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la institución por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará al responsable del servicio, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar la implementación y operación de los controles, así

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 11 de 15

como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno del Instituto.

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

PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, debidamente firmado por el Titular de la Institución, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos e incluirá: Los riesgos; Los factores de riesgo; Las estrategias para administrar los riesgos, y Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar: Unidad administrativa; responsable de su implementación, las fechas de inicio y término y medios de verificación.

REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

Se deberán realizar periódicamente por el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos e informar trimestralmente al Titular de la Institución el resultado con los elementos determinados en el Acuerdo.



El Coordinador de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y al COCODI a través del Sistema Informático, en las sesiones ordinarias: primer trimestre en la segunda sesión, segundo trimestre, en la tercera sesión, tercer trimestre en la cuarta sesión y cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR.

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

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

El Titular del Órgano Fiscalizador presentará en las sesiones ordinarias del COCODI su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR al Titular del Instituto, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTAR, y al COCODI a través del Sistema Informático, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 12 de 15

REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.



Se realizará un Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior, y contendrá al menos: Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos; Comparativo del total de riesgos por cuadrante; Variación del total de riesgos y por cuadrante; y Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

El Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y el Titular del Instituto lo informará al COCODI, a través del Sistema Informático, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.



Para apoyar el registro y documentación del Proceso de Administración de Riesgos, la UCEGP pondrá a disposición de las Instituciones una herramienta informática, que contemple tanto los riesgos generales como de corrupción.

5. Descripción del procedimiento:

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Titular de la Institución	Instruye a las Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos iniciar el proceso de administración de riesgos.
2	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales a los que se alinea el proceso y riesgos, y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.
3	Enlace de Administración de Riesgos	Informa y orienta a las Unidades Administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administra de riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales, para que documenten su propuesta de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos.
4	Unidades Administrativas	Documenta las propuestas de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos, en función de las etapas mínimas establecidas.
5	Enlace de Administración de Riesgos	Revisa y analiza la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, define con el Coordinador de Control Interno las propuestas de riesgos institucionales y elaborar y presenta al mismo los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucionales.

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 13 de 15

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
6	Coordinador de Control Interno	Revisar los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucionales.
7	Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución los riesgos institucionales y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace de Administración de Riesgos.
8	Enlace de Administración de Riesgos	Elabora y presenta al Coordinador de Control Interno Proyecto del PTAR Institucional.
9	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto de PTAR Institucional; conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.
10	Coordinador de Control Interno	Presenta anualmente para autorización del Titular del Instituto la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR y firma de forma conjunta con el Enlace de Administración de Riesgos.
11	Coordinador de Control Interno	Difunde la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, e instruye la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas y al Enlace de Administración de Riesgos.
12	Unidades Administrativas	Instrumentan y cumplen las acciones de control del PTAR, e informan avances trimestrales y resguardan la evidencia documental.
13	Enlace de Administración de Riesgos	Realiza conjuntamente con el Coordinador de Control Interno el seguimiento permanente al PTAR, elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del Reporte de Avance Trimestral del PTAR con la información proporcionada por las Unidades Administrativas y el Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos.
14	Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, elabora y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, los firma conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos y los presenta para autorización y firma del Titular de la Institución.
15	Enlace de Administración de Riesgos	Incorporar en el Sistema de COCODI Mapa de Riesgos y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Trimestral del PTAR y Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos; resguardando los documentos firmados y sus respectivas actualizaciones.
16	Coordinador de Control Interno	Presenta en la primera sesión del COCODI o del Órgano de Gobierno, según corresponda, el Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR y el Reporte Anual de Comportamiento de los riesgos y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes; y el Reporte de Avances Trimestral del PTAR, en las sesiones subsecuentes; en las sesiones del Comité, según corresponda.

	PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015		Código: PR-SPL- 09
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Fecha: DIC 20
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		Rev. 02
			Hoja: 14 de 15

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
17	Coordinador de Control Interno	Comunica al Enlace de Administración de Riesgos los riesgos adicionales o cualquiera actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, determinados por los servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno según corresponda.
18	Enlace de Administración de Riesgos	Agrega a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR, los riesgos adicionales o alguna actualización, identificada por servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.
		Termina procedimiento



6. Documentos de referencia:

DOCUMENTO	CODIGO
NMX-CC-9001-IMNC-2015 ISO 9001: 2015 Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos	N/A
Manual de Gestión de la Calidad MGC-DG-01	MGC-DG-01
Control de Documentos y Registros	PR-SGC-01
Acciones Correctivas y Preventivas	PR-SGC-04
Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno	N/A
Marco Integrado de Control Interno: Documento desarrollado por el Grupo de Trabajo de Control Interno del Sistema Nacional de Fiscalización	N/A

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVACIÓN	CODIGO
Sistema electrónico de COCODI	6 años	Dirección de Administración	N/A

7. Glosario

Señalado en el 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.
http://www.normateca.gob.mx/Archivos/79_D_4353_08-11-2016.pdf

	<p align="center">PROCEDIMIENTOS Versión ISO 9001:2015</p>		<p>Código: PR-SPL- 09</p>
	<p align="center">DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN</p>		<p>Fecha: DIC 20</p>
	<p align="center">ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES</p>		<p>Rev. 02</p>
			<p>Hoja: 15 de 15</p>

8. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	Inicio en el Sistema de Gestión de la Calidad	ENE 17
01	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
02	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20