

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	1 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México

Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	2 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Contenido

	Página
Hoja de autorización	4
Ficha Técnica	5
Introducción	7
I. Objetivo	8
II. Marco jurídico-administrativo	8
III. Glosario de términos	9
IV. Ámbito de aplicación	13
V. Participantes	14
VI. Directrices	14
VII. Marco teórico	15
VII.1 Control Interno	15
VII.2 Administración de Riesgos	18
VIII. Evaluación y establecimiento de programas de trabajo o planes de acción para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional	19
VIII.1 Control Interno	19
VIII.2 Evaluación de elementos de control adicionales	22
VIII.3 Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional	23
VIII.4 Integración del Programa Anual de Control Interno (PACI)	24

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	3 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

VIII.5 Administración de Riesgos	26
VIII.6 Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos	34
VIII.7 Aspectos metodológicos para la administración de riesgos de corrupción	36
VIII.8 Integración del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)	38
IX. Establecimiento de metas	41
XI. Reportes de avance	43
XI.1 Programa Anual de Control Interno (PACI)	43
XI.1 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)	44
XII. Evidencia	47
XIII. Anexos	53
Registro de cambios	62
Vigencia	62

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	4 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

NOMBRE: Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos

CÓDIGO: DGA-MECIAR-21

Autorizó

Nashieli Ramírez Hernández

Visto Bueno: Gerardo Sauri Suárez

Revisó: David García López

Elaboró: Yashkara Estrada Vargas

Fecha de autorización: 07 de diciembre de 2021.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	5 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

FICHA TÉCNICA

Denominación: Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos.

Elaboró: Dirección General de Administración.

Autorizó: Presidencia.

Fecha de autorización: 07 de diciembre de 2021.

Fecha de entrada en vigor: 01 de enero de 2022.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	6 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	7 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Introducción.

La presente Metodología tiene como propósito detallar las actividades que se deberán realizar en la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM) para el desarrollo de las múltiples etapas que permitirán realizar los trabajos de análisis, revisión, definición, implementación y mejora continua a partir de la Autoevaluación de Control Interno, así como para la Administración de Riesgos, mediante la instrumentación de acciones, prácticas de supervisión, evaluación de procesos, manuales y sistemas de información que resultan necesarios para una gestión pública eficaz y responsable.

Promover una cultura de autocontrol, autoevaluación, de actualización de procedimientos y de mecanismos que permitan dar certidumbre a la toma de decisiones, al logro de los objetivos y metas institucionales en un ambiente de calidad, mejora continua, eficiencia, eficacia y cumplimiento de las disposiciones normativas en la materia, son algunas de las cualidades de un Sistema de Control Interno Institucional.

Contar con un Sistema de Control Interno Institucional efectivo que promueva la consecución de metas y objetivos, así como una eficiente administración de riesgos para dar seguimiento a las acciones establecidas en el órgano colegiado de apoyo en la toma de decisiones, propicia reducir la probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad, asegura el comportamiento ético de las personas servidoras públicas, considera la integración de las tecnologías de información en el control interno y consolida los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	8 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

I. Objetivo.

Establecer una herramienta teórica y práctica en materia de control interno y administración de riesgos que facilite a las personas servidoras públicas de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM), su incursión en los procesos que fortalezcan el Sistema de Control Interno Institucional, a través de acciones que busquen la mejora continua y que permitan cumplir con las disposiciones normativas aplicables.

II. Marco jurídico-administrativo.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Constitución Política de la Ciudad de México.

Ley del Sistema Anticorrupción de la Ciudad de México.

Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México.

Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

Lineamientos Generales en Materia de Declaraciones, Responsabilidad Administrativa, Control Interno y Rendición de Cuentas de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

Lineamientos de Austeridad, Transparencia en Remuneraciones, Prestaciones y el Ejercicio de Recursos de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	9 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Lineamientos de Control Interno de la Administración Pública de la Ciudad de México.

Manual de Organización General de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

Manual de Procedimientos Específicos de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Control Interno y Administración de Riesgos.

Código de Ética de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

Código de Conducta de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

Reglas Operación Comité de Control Interno Administración de Riesgos.

Nota: El presente marco jurídico-administrativo es enunciativo más no limitativo y lo complementan las disposiciones vigentes en la materia y que sean vinculantes para esta Comisión.

III. Glosario de términos.

Para los efectos de la presente Metodología, se entenderá por:

Acción correctiva: Acto u operación que implica una actividad que debe realizar el ente público para resarcir, aclarar el daño patrimonial, rencausar un proceso, adecuar un procedimiento o cumplir con el marco normativo.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	10 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Acción preventiva: Es la acción o efecto implementado para eliminar las causas de una situación de no conformidad, defecto o inconveniente detectado, para prevenir su ocurrencia.

Administración de Riesgos: Proceso que consiste en identificar los riesgos a que están expuestas las Áreas de la Comisión en el desarrollo de sus actividades, minimizar el impacto de los diferentes tipos de riesgos, así como establecer los mecanismos de control interno que contribuyan a la consecución eficaz de los objetivos y metas institucionales de manera adecuada.

Áreas de la Comisión: Las establecidas en la Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, el Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México y en el Manual de Organización General de la CDHCM.

COCIAR: El Comité de Control Interno y Administración de Riesgos.

Control Interno: Conjunto de planes, métodos, principios, normas, políticas, procedimientos, medidas preventivas y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por las Áreas de la Comisión, con el fin de que las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y empleo de los recursos se realicen con un enfoque preventivo que permitan una seguridad razonable para salvaguardar los recursos.

Comisión o CDHCM: La Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

ESCII: La persona del Sistema de Control Interno Institucional.

Evaluación del Control Interno: Proceso mediante el cual se determina el grado de confiabilidad y efectividad de los Controles Internos adoptados por las Áreas de la Comisión, en la mitigación de los riesgos.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	11 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Factor de riesgo: Circunstancia o situación interna y/o externa que genera una probabilidad de que un riesgo se materialice.

Impacto o Efecto: Es la consecuencia y afectación en el cumplimiento de los objetivos, metas y aplicación de los recursos de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, derivados de la inobservancia en los programas, procesos, actividades, funciones, gestiones, trámites, servicios y procedimientos.

Informe de Resultados: Documento en el que se hacen constar los resultados obtenidos del análisis del control interno implementado.

Irregularidad: Es todo descubrimiento que implique presunto incumplimiento a disposiciones legales, normativas o administrativas.

Índices: Claves que permiten identificar el lugar exacto de una cédula en los papeles de trabajo.

Mapa de riesgos: La representación gráfica de los riesgos identificados que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva.

MAR: Matriz de Administración de Riesgos, es la sistematización de datos que permite identificar, clasificar, cuantificar, actualizar y complementar información respecto de los diversos riesgos detectados, su posible impacto en la capacidad de las Áreas de la Comisión para alcanzar sus objetivos y metas institucionales y los controles internos considerados para la mitigación de estos.

PACI: Programa Anual de Control Interno.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	12 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Persona Auditora: Persona servidora pública adscrita a la Auditoría Superior de la Ciudad de México o a la Contraloría Interna de la CDHCM, así como la persona relacionada con despachos externos; ambas facultadas para practicar auditorías.

Persona coordinadora de Control Interno y Administración de Riesgos: La persona titular de la Subdirección de Planeación y Programación Financiera.

Probabilidad: La factibilidad de que ocurra un evento interno o externo en un periodo determinado de acuerdo con la valoración de las variables.

PTAR o Plan de Acción: Documento en el que se establecen los objetivos específicos, cronogramas de actividades y capacitación, así como las etapas de la metodología de administración de riesgos.

Riesgo: Posibilidad de que ocurra una contingencia o proximidad de un evento adverso que obstaculice o impida el logro de las metas y objetivos.

Sistema de Control Interno Institucional (SCII): Conjunto de principios, bases, directivas, procedimientos, metodologías, mecanismos e instrumentos institucionales, establecidos para procurar la coordinación entre las Áreas de la Comisión, con el objeto de promover y facilitar el ejercicio de sus responsabilidades en materia de control interno, de prevención de conflictos de interés, faltas administrativas y hechos de corrupción, de administración de riesgos, de cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, de rendición de cuentas y de detección y sanción de irregularidades, con base en una visión estratégica, la aplicación de estándares profesionales similares, el desarrollo de capacidades, la generación de un entorno favorable, la eliminación de duplicidades u omisiones y el intercambio efectivo de información, que permitan

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	13 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

definir, articular y evaluar las políticas y acciones respectivas para un ambiente de control adecuado que permita minimizar las amenazas o riesgos.

IV. Ámbito de aplicación.

Las disposiciones contenidas en la Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos (MECIAR) son vinculantes para todas las personas servidoras públicas de la Comisión, respecto al desarrollo de las actividades que realicen en el cumplimiento de las funciones que les han sido conferidas, con el objeto de propiciar y fortalecer el control interno y la administración de riesgos institucionales.

Las personas servidoras públicas de la Comisión que integren y participen en la implementación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) deberán establecer y actualizar el SCII, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; además de instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones necesarias para su fortalecimiento. En la implementación, actualización y mejora del SCII participarán todas las Áreas de la Comisión, a través de la identificación de sus procesos, así como de la clasificación de los mecanismos de control en preventivos, detectivos y correctivos, privilegiando los preventivos y las prácticas de autocontrol, para evitar que se produzcan resultados o acontecimientos no deseados o inesperados que impidan, en términos de eficiencia, eficacia, transparencia y economía, el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

Cabe señalar que la presente Metodología es enunciativa más no limitativa y en cualquier momento es susceptible de modificación, actualización o adecuación, considerando las reformas normativas en la materia, las directrices establecidas para transformar a la Comisión y la inclusión de mejores prácticas, así como las áreas de oportunidad.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	14 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

V. Participantes.

Para dar atención al compromiso institucional de cumplir con las disposiciones en materia de Control Interno y Administración de Riesgos (CIAR), se requiere la participación de las personas integrantes del Comité de Control Interno y Administración de Riesgos (COCIAR), de las personas servidoras públicas de la CDHCM a fin de establecer, actualizar, evaluar y supervisar el funcionamiento del Sistema de Control Interno Institucional (SCII), así como generar las acciones para la mejora continua, acciones de mitigación, instrumentación de mecanismos, procedimientos específicos y demás acciones que se requieran para la debida observancia de la normatividad en la materia.

Es obligación de todas las personas servidoras públicas de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México conocer los procesos que se desarrollan en su Área, el tramo de control en el cual contribuyen, así como las Áreas internas o externas con las cuales tiene contacto, con el fin de establecer el ámbito de competencia de cada una de las personas servidoras públicas, delimitar las acciones que se aplican, revisar la evidencia que se reporta y cómo se va fortaleciendo el SCII del Área con base en el conocimiento de cada persona integrante del equipo de trabajo.

VI. Directrices.

Para contar con un mecanismo transparente y de fácil aplicación, la Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos considerará los siguientes principios rectores:

Directivos. Aplicables a todos los procesos y a las personas servidoras públicas de la Comisión, considerando el ambiente de control; administración de riesgos; recursos humanos, materiales y financieros; estructura organizacional; infraestructura tecnológica; y procesos, información y documentación, así como proyectos estratégicos.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	15 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Preventivos. Dirigidos de manera particular al personal que instruye, ejecuta, revisa y autoriza las operaciones que realiza la Comisión con pleno apego a los procesos autorizados. Este apartado está integrado por: prevención de operaciones ilícitas; niveles de autorización; acceso a recursos activos y registros; conciliaciones de las distintas operaciones, así como los riesgos inherentes a los mismos.

Detectivos. Establecidos para todos los procesos y a las personas servidoras públicas de la Comisión y, en su caso, autoriza las actividades que realiza la misma con pleno apego a los procesos autorizados. Este apartado está integrado por: identificación, evaluación, y atención.

Correctivos. Determinados para el personal que instruye, ejecuta, revisa y, en su caso, autoriza el desarrollo de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos).

De Seguimiento y Evaluación. Aplicables tanto a la Dirección General de Administración (DGA), así como a los Órganos Supervisores y Fiscalizadores, con el propósito de determinar la calidad y efectividad de los controles internos, las actividades de mitigación y de mejora continua para poder generar recomendaciones, fortalecer los procesos, áreas de oportunidad o la optimización de los procesos. Esta etapa está compuesta por el seguimiento, la generación y uso de las Agendas de Control Interno, la evaluación, así como por los reportes en la materia a que haya lugar.

VII. Marco teórico.

VII.1 Control Interno.

El Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la CDHCM, será evaluado anualmente por las personas servidoras públicas responsables de los procesos administrativos,

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	16 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los cinco Componentes Generales de Control Interno y sus 17 Principios y elementos de control interno (Anexo 1), a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

Primer Componente: Ambiente de Control. Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un Sistema de Control Interno Institucional eficaz, e influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control.

Segundo Componente: Administración de Riesgos. Es el proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la Comisión, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las 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.

Tercer Componente: Actividades de Control. Son las acciones que definen y desarrollan las personas servidoras públicas de los niveles directivo superior y directivo medio superior, mediante políticas, procedimientos y tecnologías de la información con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción.

Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la CDHCM, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	17 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

integridad. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

En todos los niveles jerárquicos de la Comisión existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todas las personas servidoras públicas conozcan cuáles son las tareas de control que deberán ejecutar en su puesto o Área.

Cuarto Componente: Información y Comunicación. La información y comunicación son relevantes para el logro de los objetivos institucionales. Al respecto, las personas servidoras públicas de niveles directivo superior y directivo medio superior deben establecer mecanismos que aseguren que la información relevante cuenta con los elementos de calidad suficientes y que los canales de comunicación tanto al interior como al exterior son efectivos.

La información que las personas servidoras públicas generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el Sistema de Control Interno Institucional debe cubrir los requisitos establecidos por las personas servidoras públicas de niveles directivo superior y directivo medio superior con la exactitud apropiada, así como con la especificidad requerida del personal pertinente.

Los sistemas de información y comunicación deberán diseñarse e instrumentarse bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento que permitan determinar si se están cumpliendo las metas y objetivos institucionales con el uso eficiente de los recursos. Las personas servidoras públicas de niveles directivo superior y directivo medio superior requieren tener acceso a información relevante y mecanismos de comunicación confiables, en relación con los eventos internos y externos que pueden afectar a la Comisión.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	18 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Quinto Componente: Supervisión y Mejora Continua. Son las actividades establecidas y operadas por las personas responsables, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno, mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de las personas servidoras públicas de niveles directivo superior y directivo medio superior en cada uno de los procesos que realiza, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías realizadas por los Órganos Fiscalizadores, ya que proporcionan una supervisión adicional a nivel institución, Área o función.

La supervisión contribuirá a la optimización permanente del control interno y, por lo tanto, a la calidad en el desempeño de las operaciones, la salvaguarda de los recursos públicos, la prevención de la corrupción, la oportuna resolución de los hallazgos de auditoría y de otras revisiones, así como a la idoneidad y suficiencia de los controles implementados.

El SCII deberá mantenerse en un proceso de supervisión y mejora continua, con el propósito de asegurar que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, verificación y evaluación interna y/o por las diferentes instancias fiscalizadoras, se resuelva con oportunidad y diligencia, dentro de los plazos establecidos de acuerdo con las acciones a realizar, debiendo identificar y atender la causa raíz de las mismas a efecto de evitar su recurrencia.

VII.2 Administración de Riesgos.

El objetivo del Control Interno es establecer un ambiente de control efectivo que proporcione una seguridad razonable en la consecución de los objetivos institucionales.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	19 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Para el proceso de Administración de Riesgos, se deberá considerar si los controles, por sí mismos y en conjunto con otros, permiten alcanzar los objetivos y además responden a los riesgos asociados.

Considerando lo antes mencionado se deberán revisar, transversal e íntegramente, las actividades en materia de control interno, así como las de administración de riesgos, como un todo que permite fortalecer integralmente los procesos, procedimientos, y actividades desarrolladas en el quehacer de la Comisión.

VIII. Evaluación y establecimiento de programas de trabajo o planes de acción para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional.

VIII.1 Control Interno

La Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional se llevará a cabo, al menos, una vez al año, por las personas servidoras públicas responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los cinco Componentes de Control Interno.

Las actividades de control se ejecutarán en todos los niveles de la Comisión, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y servirán como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Cada actividad de control que se aplique deberá ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y para minimizar el impacto de sus consecuencias.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	20 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Debido a la responsabilidad en las actividades de control de cada una de las personas servidoras públicas de la CDHCM, cada una de ellas deberá conocer cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto o Área.

Previo a la evaluación, se definirán los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), los cuales deberán estar debidamente mapeados y formalmente incorporados al inventario de procesos. Los procesos seleccionados podrán ser aquellos que formen parte de un mismo macroproceso, estar vinculados entre sí o que se ejecuten de manera transversal entre diversas Áreas.

Con la finalidad de homologar los criterios adoptados para la selección de los procesos prioritarios en los que se realizó la evaluación se utilizará la matriz de selección (Anexo 2).

Una vez determinados los procesos para la evaluación del SCII, se seleccionará al personal que participará en la misma, considerando los siguientes supuestos:

- a) Personal con nivel jerárquico mínimo de Jefe(a) de Departamento u homólogo con capacidad de decisión; y
- b) Personal que participe en los procesos seleccionados.

Para realizar la evaluación de los procesos seleccionados, la persona titular de la Dirección General de Administración solicitará por medio de oficio dirigido a las personas titulares de cada una de las Áreas de la CDHCM, la designación de la persona Enlace del Sistema de Control Interno Institucional (ESCI), quien será la persona responsable de coordinar las actividades hacia el interior del Área relacionada con la evaluación de los procesos seleccionados.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	21 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Posteriormente, de conformidad con el calendario de actividades, se convocará a la persona ESCII, así como a las personas responsables de los procesos prioritarios seleccionados (sustantivos y administrativos) para informar las acciones concretas que deberán aplicar en la evaluación con la finalidad de determinar la existencia, además de suficiencia del cumplimiento de los elementos de control, identificando, evaluando y consolidando la evidencia documental y/o electrónica que lo acredite.

Con la evidencia se podrá determinar, considerando el listado de evidencias documentales y/o electrónicas, la aplicación de cada elemento de control interno, mismas que podrán ser consideradas y/o complementadas con otras que la propia Comisión tenga establecidas para comprobar que se cumple con las condiciones del elemento de control.

La evaluación del SCII se realizará aplicando un cuestionario (Anexo 3) a las personas servidoras públicas participantes de los procesos seleccionados en los cuales se identifica la implementación y operación de los 5 Componentes de Control Interno y sus 17 Principios.

Para agilizar el proceso de evaluación, las personas responsables de los procesos seleccionados determinarán, a través del cuestionario (Anexo 3), la existencia y suficiencia de los elementos de control identificando, evaluando y consolidando la evidencia documental y/o electrónica que lo acredite, conforme a los grados de cumplimiento de dicha evidencia, con base en los Grados de Madurez (Anexo 4).

La persona Coordinadora de Control Interno (CCI), con el propósito de fortalecer el SCII, incorporará en la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional e implementación de los 17 Principios, elementos de control adicionales a los propuestos en la Matriz de Selección (Anexo 2).

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	22 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

El expediente correspondiente a las actividades realizadas se deberá integrar con, al menos, los siguientes documentos:

1. Lista del personal que participó en la evaluación por proceso, considerando nombre y cargo;
2. Mapeo del proceso evaluado;
3. Número total de cuestionarios del personal que participó en la evaluación de cada proceso prioritario, considerando a la persona titular del Área, así como a las personas servidoras públicas involucradas (personal directivo y de enlace y administrativo);
4. Evidencia documental completa por cuestionario y elemento de control;
5. Oficio signado por la persona titular del Área, justificando el motivo de la omisión y anexando la evidencia correspondiente conforme a las disposiciones aplicables.

VIII.2 Evaluación de elementos de control adicionales.

Con la información obtenida se realizará el análisis estadístico correspondiente, el cual permitirá conocer los grados de madurez seleccionados por el personal participante y su congruencia con la evidencia remitida, para lo cual se deberá:

- a) Realizar la Revisión de Grado de Madurez (Anexo 5) de la información y evidencia considerando los siguientes supuestos:
 - Si el grado de madurez concuerda con la evidencia, se mantiene el grado de madurez establecido por la persona servidora pública.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	23 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

- Si el grado de madurez establecido por la persona servidora pública es mayor a la evidencia remitida, se modifica el grado de madurez para que concuerde con la evidencia.
- Si el grado de madurez es menor al correspondiente a la evidencia, se mantiene el grado de madurez establecido por la persona servidora pública.
- Si no se cuenta o no se ubica la evidencia correspondiente al reactivo, se establece el grado de madurez mínimo (El grado de madurez será 1. No está Formalizada. El elemento de control no está formalizado).

b) Para integrar los datos duros y estadísticos que se deberá considerar para el Análisis Estadístico (Anexo 6), una vez revisada la información, se realizará:

- La cuenta de reactivos por grado de madurez.
- El porcentaje de participación por grado de madurez en relación con el total puntos evaluados (sumatoria del número de preguntas por total de personas servidoras públicas participantes).
- La mediana, la moda y el promedio de la información.

VIII.3 Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.

El Informe Anual (Anexo 7) se integrará con los siguientes apartados:

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

a. Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno;

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	24 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

- b. Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica suficiente (aquella evidencia por reactivo cuyo grado de madurez sea igual o mayor a 4) para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno;
- c. Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente (aquellos reactivos con grado de madurez igual o menor a 3) para acreditar su implementación, por norma general de control interno, y
- d. Debilidades o áreas de oportunidad (falta de evidencia, así como las recomendaciones realizadas por los Órganos Fiscalizadores o Supervisores) en el Sistema de Control Interno Institucional.

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

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

La evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integral del mismo.

VIII.4 Integración del Programa Anual de Control Interno (PACI).

Una vez requisitado las hojas del archivo, la persona ESCII y/o responsable del proceso del Área evaluada, deberán enviarlo en las fechas marcadas a la persona CCI quien revisará el llenado y convocará a reunión de trabajo, a fin de seleccionar las acciones que se incorporarán

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	25 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

en el Programa Anual de Control Interno (PACI) del siguiente ejercicio fiscal para su cumplimiento.

Es importante resaltar que la persona ESCII y/o responsable del proceso del Área evaluada, deberá anexar, como base de las acciones de mejora, la siguiente documentación:

1. Evidencia documental que se incorporó a la hoja "PT Acciones de Mejora" por cada uno de los elementos de control determinados para realizar la evaluación.
2. Formato de Establecimiento de Metas por Acción de Mejora para el ejercicio fiscal vigente que contendrá:
 - a. Nombre del Proceso Prioritario.
 - b. Tipo de proceso: Sustantivo o Administrativo.
 - c. Área responsable (Dueña del proceso).
 - d. Acciones de mejora para fortalecer los elementos de control.
 - e. Actividades a realizar para cumplir con la acción de mejora.
 - f. Explicación de la parte del proceso en la cual impacta la acción.
 - g. Impacto que se espera obtener para el proceso o Área.
 - h. Evidencia para presentar que respalde la certeza o veracidad del cumplimiento de la acción o en su caso el avance reportado.
 - i. Calendarización por trimestre de las metas físicas y relativas de la ejecución de las actividades y acciones de mejora comprometidas.

Pasado el periodo de formalización se elaborará el proyecto del PACI y en caso de carecer de la información de algún Área o de su formalización mediante oficio, se utilizará la información de la última reunión de trabajo.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	26 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Las acciones de mejora se iniciarán el primer día hábil del año y deberán concluirse a más tardar el 30 noviembre del mismo año, en caso contrario, se deberán documentar las justificaciones correspondientes y se presentarán ante el Comité de Control Interno y Administración de Riesgos (COCIAR); asimismo, en la siguiente evaluación del SCII se deberán presentar los aspectos no atendidos y se determinarán las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PACI.

La evidencia documental y/o electrónica suficiente que acredite la implementación de las acciones de mejora y/o avances reportados sobre el cumplimiento del PACI, deberá ser resguardada por las personas servidoras públicas responsables de su implementación y estará a disposición de las instancias supervisoras o fiscalizadoras.

Además del documento antes mencionado, y con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación, la persona coordinadora de Control Interno y Administración de Riesgos remitirá un Informe Anual con firma autógrafa a la persona titular de la presidencia del COCIAR en la Primera Sesión Ordinaria.

VIII.5 Administración de Riesgos.

Con la finalidad de disminuir el impacto y la ocurrencia de aquellos eventos adversos que afecten la operación de la CDHCM, se deberá vigilar la evaluación de los riesgos que amenazan el logro de las metas y objetivos institucionales, incluyendo el impacto potencial de los cambios significativos, la corrupción y la elusión (omisión) de controles por parte de cualquier persona servidora pública.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	27 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Para el llenado de la Matriz de Administración de Riesgos -MAR- (Anexo 8), cuya atención estará a cargo de las Áreas, se considerará lo siguiente:

Columna	Descripción
A	Número de riesgo (consecutivo)
B	Información general
C	Nombre del Área
D	Alineación del riesgo identificado
E	Estrategia, objetivo, meta institucional o proceso prioritario al que esté alineado el riesgo identificado
F	Descripción del riesgo
G	Nivel de decisión del riesgo
H	Clasificación del riesgo
I	Cuando el riesgo no es de naturaleza similar a las de la columna H
J	Número de factor (automático)
K	Descripción del factor
L	Clasificación del factor
M	Tipo de factor del riesgo
N	Posibles efectos del riesgo
O	Grado de impacto
P	Probabilidad de ocurrencia
Q	Cuadrante
U-AC	Evaluación de controles
AD-AG	Control de los riesgos
AI-AL	Mapa de Riesgos (ubicación en cuadrantes)
AM	Estrategia para administrar el riesgo
AN	Descripción de la acción

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	28 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

La identificación, selección y descripción de riesgos, se realizará con base en las metas y objetivos institucionales, así como considerando los procesos sustantivos además de administrativos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucional.

La descripción de los riesgos (columna F) hará referencia a la explicación del suceso que pudieran obstaculizar o impedir el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa, para describirlos se considerará la siguiente estructura general:

**Sustantivo + Verbo en participio + Adjetivo o adverbio o complemento
circunstancial negativo = RIESGO**

El nivel de decisión del riesgo (columna G) identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización y podrán ser:

- **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 Comisión.
- **Operativo:** Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por las personas responsables de su ejecución.

Por otro lado, la clasificación de los riesgos (columna H) se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo con los siguientes tipos:

- Sustantivo;
- Administrativo;

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	29 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

- Legal;
- Financiero;
- Presupuestal;
- De servicios;
- De seguridad;
- De obra pública;
- De recursos humanos;
- De imagen;
- De Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC);
- De salud; y
- De corrupción.

Asimismo, la identificación de factores de riesgo (columna K) se describe la circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice. Se podrán incorporar en el formato como máximo 5 factores.

En la columna “L” se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:

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

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	30 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

- **TIC:** Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados.
- **Material:** Se refieren a la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.
- **Normativo:** Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la Comisión en la consecución de las metas y objetivos.
- **Entorno:** Se refieren a las condiciones externas a la Comisión, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

El tipo de factor del riesgo (columna M), se identificará de la siguiente manera:

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

Los posibles efectos del riesgo (columna N) describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos en caso de materializarse el riesgo identificado. Es importante mencionar el daño a la Comisión, a las personas servidoras públicas, al proceso, y el impacto que pudiera tener sobre las personas peticionarias y/o agraviadas, posibles o presuntas víctimas.

La valoración inicial del riesgo (columnas O y P) se realizará antes de evaluar los controles, lo cual permitirá conocer la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Comisión de no responder adecuadamente ante ellos.

En el cuadrante (columna Q) se visualizará el número romano (I, II, III o IV) en el que se ubica el riesgo, siendo:

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	31 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Cuadrante	Color	Riesgo
I	Rojo	De atención inmediata
II	Amarillo	De atención periódica
III	Verde	Controlado
IV	Azul	De Seguimiento

La valoración del grado de impacto se determinará asignándole un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo con la siguiente escala:

Escala de valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Comisión y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando sus programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos.
9		
8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de las metas y objetivos. 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.
3		
2	Menor	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Comisión.
1		

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	32 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

La valoración de la probabilidad de ocurrencia, es la estimación de que se materialice un riesgo en un periodo (columna O). 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 Entre 90% y 100% de que se materialice el riesgo
9		
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta Entre 75% y 89% de que se materialice el riesgo
7		
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media Entre 51% y 74% de que se materialice el riesgo
5		
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja Entre 25% y 50% de que se materialice el riesgo
3		
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja Entre 1% a 24% de que se materialice el riesgo
1		

La evaluación de controles permite determinar la suficiencia o deficiencia del control y para realizarla se deberán considerar los siguientes puntos:

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

Para el Resultado de Determinación de Control (columna AC):

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	33 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

- Se considera que el control identificado es **deficiente** cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:
 - Está documentado (columna Y): Se encuentra descrito;
 - Está formalizado (columna Z): Se encuentra autorizado por la persona servidora pública facultada;
 - Se aplica (columna AA): Se ejecuta consistentemente el control; y
 - Es efectivo (columna AB): Cuando se incide en el factor de riesgo para disminuir la probabilidad de ocurrencia.
- Suficiencia:** Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.

El riesgo estará controlado (columna AD) cuando todos sus factores cuenten con controles suficientes; cuando el riesgo no esté controlado suficientemente se deberán incorporar acciones de control.

Para la **Evaluación de Riesgos Respecto a Controles** se contemplará la valoración final del impacto (columna AG) y la probabilidad de ocurrencia del riesgo (columna AH); en esta etapa se realizará la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles a fin de visualizar nuevamente la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Comisión de no responder adecuadamente ante ellos, considerando los siguientes aspectos:

- La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;
- Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	34 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

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

En el **Mapa de Riesgos** se ubicarán los riesgos por cuadrantes en la MAR (columnas AI, AJ, AK, y AL) y se graficarán en el Mapa de Riesgos en función de la valoración final del impacto (eje horizontal) y la probabilidad de ocurrencia (eje vertical). La representación gráfica del Mapa de Riesgos contendrá los cuadrantes siguientes:

Cuadrante	Riesgo	Descripción
I	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.
II	De atención periódica	Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5.
III	Controlado	Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes.
IV	De seguimiento	Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

VIII.6 Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos.

Para concretar las estrategias y acciones de control se deberá considerar lo siguiente:

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	35 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

a) Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por cada factor de riesgo.

1. **Evitar el riesgo.** Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo considerando que, si una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibirá cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.
2. **Reducir el riesgo.** Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.
3. **Asumir el riesgo.** Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III, Riesgos Controlados de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.
4. **Transferir el riesgo.** Consiste en trasladar el riesgo a un externo, a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización.

b) Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, las cuales se incorporarán en el PTAR columna "AN".

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	36 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

- c) Para los riesgos de corrupción que se hayan identificado en el Instituto, éstas deberán contemplar solamente las estrategias de evitar y reducir el riesgo, toda vez que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, en tanto que lesionan la imagen, la credibilidad y la transparencia de las Instituciones.

VIII.7. Aspectos metodológicos para la administración de riesgos de corrupción.

El fenómeno de la corrupción constituye una problemática estructural, multifactorial y compleja. Cualquier esfuerzo que busque disminuir sus índices no debe enfocarse exclusivamente a sus efectos, sino atender también y, en primer lugar, sus causas; es decir, debe contar con un enfoque preventivo que preserve la integridad como fundamento indispensable para llevar a cabo las funciones que permitan cumplir el mandato de cada institución y al mismo tiempo debe encontrar sustento en criterios técnicos, objetivos y demostrados en el orden internacional.

En las últimas décadas, diversos esfuerzos gubernamentales han sido realizados en el contexto nacional para reducir los índices de corrupción y fortalecer la ética en el ejercicio de la acción pública; no obstante, los resultados en materia de prevención de la corrupción han sido limitados debido principalmente a que no ha existido al interior de las instituciones gubernamentales un programa homologado que de manera clara articule los controles necesarios para prevenirla, disuadirla, detectarla y corregirla, así como, designar a las personas responsables directas de su administración.

La corrupción prospera en donde la transparencia, la rendición de cuentas y la participación de las personas servidoras públicas y de las personas son débiles, en donde no hay responsables claros de la ejecución ordenada y eficiente de los procesos, en donde la impunidad es alta y en donde la toma de decisiones públicas se ha visto comprometida por

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	37 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

conflictos de intereses y por la interferencia política; por el contrario, un fortalecimiento permanente de los sistemas de control interno y de administración de riesgos puede prevenir y desalentar la corrupción.

La Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos se aplicará para la identificación de riesgos de corrupción tomando en consideración las etapas que se enlistan a continuación:

- **Comunicación y consulta.** Para la identificación de los riesgos de corrupción, la Comisión considerará los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, de investigación y sanción, así como los trámites y servicios internos y externos.
- **Contexto.** Para el caso de los riesgos de corrupción, las causas se establecerán a partir de la identificación de las DEBILIDADES (factores internos) y las AMENAZAS (factores externos) que pudieran influir en los procesos y procedimientos que generen una mayor vulnerabilidad frente a riesgos de corrupción.
- **Evaluación de riesgos respecto a controles.** Tratándose de riesgos de corrupción no se tendrá en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidos en la presente metodología, debido a que estos serán de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la institución, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

Algunas de 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

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	38 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

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 (ASF) y se pueden descargar en su portal de internet.

VIII.8 Integración del Programa de Trabajo de Análisis de Riesgos (PTAR).

Una vez concluido el proceso de Análisis de Riesgos, se realizará una reunión de trabajo en la cual participarán las personas enlaces, el equipo coordinador y el personal designado por la Dirección General de Administración (DGA), a fin de comunicar el inicio de los trabajos para la integración del Programa de Trabajo de Análisis de Riesgos (PTAR), además de acordar las acciones de mitigación.

El inicio de los trabajos se programará para el último cuatrimestre de cada año, preferentemente en el mes de septiembre, a efecto de que las acciones que tiendan a controlar los riesgos identificados se realicen desde el primer día del siguiente año.

Conforme al cronograma de actividades que diseñe el equipo coordinador, se realizarán reuniones de trabajo para verificar el cumplimiento y la solventación de las opiniones y/o recomendaciones de instancias fiscalizadoras.

En las reuniones se determinará el riesgo, sus componentes, acciones a implementar, medios de verificación, establecimiento de metas físicas y el período de cumplimiento de las acciones, considerando los tramos de control de cada una de las Áreas involucradas.

Las personas servidoras públicas de mandos directivos superiores y medios superiores deberán diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) establecidas para lograr los objetivos

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	39 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

institucionales. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos de la Comisión, incluyendo los riesgos de corrupción, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado.

De manera enunciativa, más no limitativa, se presenta un listado de las actividades de control que pudieran ser útiles para las Áreas de la Comisión:

- Revisiones por persona servidora pública de mandos directivos superiores y medios superiores del desempeño actual, a nivel función o actividad.
- Administración del capital humano.
- Controles sobre el procesamiento de la información.
- Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.
- Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño.
- Segregación de funciones.
- Ejecución apropiada de transacciones.
- Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.
- Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre estos.
- Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno.

Uno de los elementos importantes en el cumplimiento de la metodología, es la utilización de los formatos diseñados para este proceso:

- Matriz de Administración de Riesgo; y
- Mapa de Riesgos;

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	40 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Además, las Áreas deberán presentar su propuesta de riesgo; el texto descriptivo que incluya la importancia del riesgo, el beneficio e impacto para las personas que habitan o transitan por la Ciudad de México; y el establecimiento de metas por acciones de control del ejercicio fiscal.

Al contar con la documentación antes mencionada, la persona Enlace del Sistema de Control Interno Institucional presentará la propuesta del proyecto a la persona Coordinadora de Control Interno, para su revisión y comentarios correspondientes.

Una vez que la persona CCI y/o el órgano supervisor o fiscalizador emitan sus observaciones, el Área responsable del riesgo deberá analizarlas y, en su caso, realizar las adecuaciones pertinentes. En caso de no estar de acuerdo con las observaciones y/o recomendaciones expuestas, el Área explicará de manera oficial su postura al respecto.

Es importante destacar que la documentación deberá estar debidamente firmada y rubricada por las personas:

- Persona Titular del Área (Autorizó);
- Persona dueña del proceso (Revisó);
- Persona encargada de llevar a cabo el proceso (Elaboró); y
- Persona Enlace designada (Verificó).

Al contar con el proyecto del PTAR validado, la MAR, el Mapa de Riesgos y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos del ejercicio anterior, la persona CCI solicitará aprobación y firma a la persona titular de la DGA.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	41 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Los documentos antes mencionados se presentarán en la Primera Sesión Ordinaria del Comité de Control Interno y Administración de Riesgos (COCIAR) del ejercicio fiscal correspondiente. En caso de existir alguna observación o solicitud de adecuación por parte de las personas integrantes del Comité, éstas deberán quedar impactadas en el PTAR y se informarán al Área responsable de los cambios que tendrá que realizar. El PTAR modificado se presentará en la Segunda Sesión Ordinaria.

IX. Establecimiento de metas.

Con la finalidad de contar con un mecanismo transparente y objetivo de medición, las Áreas de la Comisión deberán establecer, por cada acción de mejora y/o acción de control, las metas trimestrales que garanticen el cumplimiento de los compromisos establecidos, con una visión de mejora, las cuales tendrán que considerar las categorías básicas que a continuación se mencionan:

- Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos;
- Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestal y de operación;
- Cumplimiento del marco jurídico aplicable a la Comisión; y
- Salvaguarda, preservación y mantenimiento de los recursos de la Comisión en condiciones de integridad, transparencia, así como disponibilidad para los fines a los que están destinados.

Las Áreas participantes determinarán para cada acción comprometida un cronograma en el cual se establecerán metas físicas por trimestre; igualmente, con el apoyo de la Coordinación de Control Interno, deberán establecer los medios de verificación correspondientes, la fórmula para el cálculo del avance, una descripción de las variables y los valores máximos para cada una de ellas, mediante

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	42 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

un documento que especifique la estructura del cálculo, además de que explique el tipo de avance a ser considerado en cada indicador (Anexo 9).

X. Evaluación del avance de las metas reportado.

Para contar con un mecanismo de evaluación objetivo, transparente y homogéneo para todos los procesos considerados en la MECIAR, derivado de la revisión de acciones establecidas, de los avances reportados, así como de la aplicación de la fórmula previamente comprometida para cada acción, se utilizará la siguiente clasificación:

Rango de cumplimiento	Nivel de cumplimiento	Explicación
86.0-100	Óptimo	Aquellos avances que reflejan una mejora en los procesos establecidos en el Acuerdo.
51.0-85.9	Bueno	
30.0-50.9	Satisfactorio	Son los avances que reflejan el trabajo realizado para el control adecuado de los riesgos y cuyo impacto se pueda mostrar en el siguiente nivel de cumplimiento.
11.0-29.9	Suficiente	
0.0-10.9	Deficiente	Son aquellos resultados que fueron limitados como consecuencia de circunstancias que obstaculizan el quehacer de las Áreas sustantivas.

Dicha clasificación se integrará en todos los reportes elaborados y presentados para referencia de las personas integrantes del COCIAR, del Órgano Supervisor o Fiscalizador y de las personas ESCII.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	43 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

XI. Reportes de avance.

XI.1 Programa Anual de Control Interno (PACI).

a) Reporte de Avances Trimestral del PACI.

La persona CCI, a través de la ESCII, realizará de forma periódica el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PACI para informar los resultados mediante un Reporte de Avances Trimestral dirigido a la persona titular de la DGA, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

- I. 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;
- II. 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;
- III. 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 SCII; y
- IV. La firma de la persona CCI, así como de la ESCII.

Además, deberá presentar dicho reporte:

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	44 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

- A la persona titular de la Contraloría Interna, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación; y
- Al Comité a través del Sistema Informático, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

Los subsecuentes reportes de avance trimestral serán presentados en las sesiones ordinarias del COCIAR como sigue:

- Reporte de avances del segundo trimestre en la tercera sesión;
- Reporte de avances del tercer trimestre en la cuarta sesión; y
- Reporte de avances del cuarto trimestre en la Primera Sesión Ordinaria de cada año.

XI.2 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR o Plan de Acción)

a) Reportes de Avance Trimestral PTAR

La persona CCI, a través de la ESCII, dará seguimiento al cumplimiento de las acciones de control establecidas en el PTAR mediante un Reporte de Avances Trimestral, el cual reunirá la información enviada por la persona ESCII y/o por la responsable de la ejecución de las acciones del Área.

Es importante mencionar que el reporte se presentará a las personas titulares de la DGA y de la Contraloría Interna, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	45 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

de cada trimestre para fines del Informe de Evaluación, así como su incorporación en las sesiones ordinarias del COCIAR como sigue:

- Reporte de avances del primer trimestre en la segunda sesión;
- Reporte de avances del segundo trimestre en la tercera sesión;
- Reporte de avances del tercer trimestre en la cuarta sesión; y
- Reporte de avances del cuarto trimestre en la Primera Sesión de cada año.

El Reporte de Avances Trimestral del PTAR, deberá contener al menos lo siguiente:

- I. 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;
- II. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité;
- III. Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y, respecto a las concluidas, su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el SCII y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
- IV. La firma de la persona CCI, así como de la ESCII.

Es de vital importancia que el Área responsable de las acciones de control, a través de la persona ESCII, remita la propuesta de solución para el cumplimiento de las acciones que reportan un avance menor a lo programado a la persona CCI, y se

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	46 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

ponga a consideración de las personas integrantes del COCIAR en la siguiente sesión ordinaria a celebrarse.

Se deberá contar con la evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances a fin de certificar el avance reportado, la cual será resguardada por las personas servidoras públicas responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR, misma que se pondrá a disposición de la Contraloría Interna, a través de la persona ESCII.

b) Reportes Anual del Comportamiento de los Riesgos.

En el proceso de Administración de Riesgos se realizará un Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos, que considerará el avance alcanzado en el programa del ejercicio actual con lo determinado en la Matriz de Administración de Riesgos (MAR) del año inmediato anterior.

El reporte contendrá al menos lo siguientes apartados:

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

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	47 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

El objetivo del Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos será fortalecer el proceso de administración de riesgos, la persona que ocupe la Presidencia del Comité lo informará a las demás personas integrantes en la Primera Sesión Ordinaria de cada ejercicio fiscal.

XII. Evidencia.

La evidencia es el instrumento que probará la certeza o veracidad del progreso remitido en el reporte de avance, el cual deberá permitir a un tercero llegar a la misma conclusión.

Para esta metodología se considerará a la evidencia como aquel elemento que acreditará la implementación, avance o disminución de la problemática o rezago, realizado por las personas servidoras públicas a cargo de implementar las acciones de mejora y/o acciones de control para la mitigación.

Para considerar el avance de las acciones comprometidas logrado al periodo y de mejora en los procesos sustantivos de la Comisión, las Áreas deberán cumplir con algunos postulados que demuestren la certeza, veracidad e idoneidad, mediante documentos fuente, registros e información electrónica o informática que en todo momento pueda ser corroborativa mediante otras fuentes.

Es importante señalar que además del conjunto de documentos fuente, registros e información electrónica o informática, los hechos se deberán comprobar implícitamente, además de ser suficientes, competentes, idóneos y pertinentes (relevantes) al grado de sustentar las conclusiones o avances reportados, generando en la persona revisora la misma conclusión u opinión del Área, para lo cual se considerará:

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	48 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

• **Características de la evidencia.**

Para fundamentar la opinión y conclusiones de la persona ESCII y del Órgano Interno de Control, así como del personal designado, la evidencia deberá reunir las siguientes características:

- **Competencia:** Afirma, particularmente, la procedencia de la evidencia en medida de la calidad de su propia confirmación, considerando la fuente de origen que, en este caso, debe ser en todo momento institucional.
- **Confiable:** Basada en hechos, sin errores voluntarios, sesgos y, en menor medida, dependiente de criterios personales, con lo cual se asegura que representa fehacientemente las actividades desarrolladas por las Áreas.
- **Verificabilidad:** Permite que diferentes personas revisoras lleguen a las mismas conclusiones; asimismo, tiene la capacidad de ser cotejada mediante la solicitud realizada a diferentes Áreas de la Comisión.
- **Periodo de tiempo:** La evidencia deberá corresponder solamente al periodo del que trate el Reporte o Informe.
- **Autenticidad:** Los documentos, testimoniales y/o archivos deberán ser originales con rúbrica en cada hoja además de firmas autógrafas al final del documento, las cuáles permitirán identificar plenamente a las personas servidoras públicas que elaboran, revisan y autorizan. Es importante establecer que el documento tendrá que estar foliado.
- **Relevante:** Es la pertinencia de los documentos que permiten evaluar el cumplimiento de los objetivos y/o metas de las acciones comprometidas en un periodo determinado para llegar a las mismas conclusiones u opiniones del Área.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	49 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

- **Suficiencia:** Determina que la evidencia debe ser lo más completa para acreditar los avances reportados, considerando los factores de error, los costos generados al desarrollar la evidencia, y la omisión involuntaria en su integración.

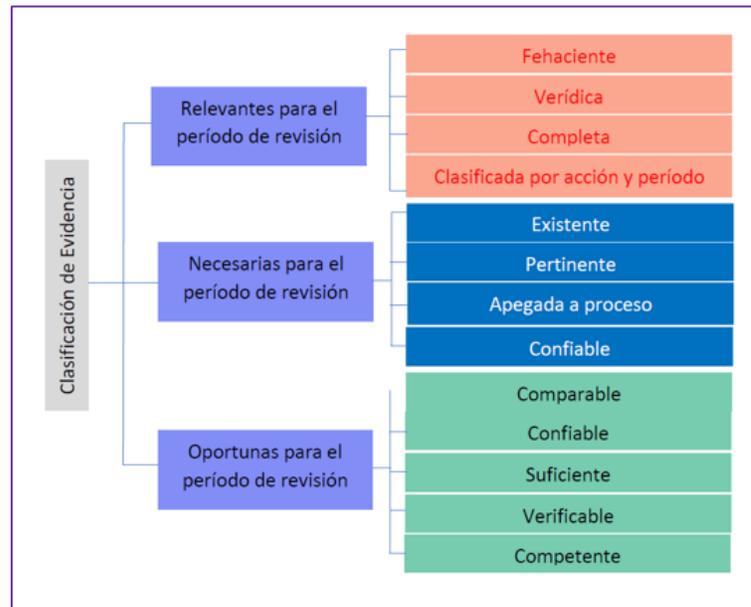
Es importante señalar que en caso de no integrar toda la evidencia que dé sustento al avance reportado, las Áreas responsables deberán realizar la explicación correspondiente la cual dará cuenta del tipo de omisión y la actividad a desarrollar para que no se repita.

- **Clasificación de la evidencia:**

- **Física:** Se obtiene mediante la observación o inspección directa de las actividades. La evidencia de esta naturaleza puede presentarse con fotografías, gráficos, mapas o muestras materiales en forma de memorándum.
- **Documental:** Consiste en información elaborada, tales como cartas, contratos, facturas, registros contables y documentos de administración, relacionados con la acción desarrollada.
- **Testimonial:** Se obtiene de declaraciones o indagaciones, mediante evidencias adicionales para el conocimiento del Área responsable de la integración del reporte.
- **Analítica:** Comprende cálculos, comparaciones, razonamientos y separación de la información en sus componentes, que en todo momento deberá ser acompañada con una explicación del avance reportado, del impacto y de la relación de cada variable con la acción a reportar.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	50 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21



• **Listado de Evidencias:**

Considerando lo antes mencionado, de manera enunciativa mas no limitativa, se enlistan de manera general los mecanismos para establecer los documentales físicos y/o electrónicos suficientes que acrediten el quehacer de las distintas Áreas de la Comisión.

1. Actas de Comités	26. Información presupuestal	51. Programas de Trabajo
2. Estudios	27. Plan Estratégico de TIC	52. Control de firmas de funcionarios
3. Metodologías	28. Circulares	53. Manual de formatos
4. Actas de Órgano Colegiados	29. Informes	54. Protocolos
5. Evaluaciones	30. Plan Estratégico Institucional	55. Convenios
6. Minutas	31. Claves de acceso a sistemas	56. Manual de ISO

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	51 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

7. Bitácoras	32. Informes de auditorías	57. Reglas de Operación
8. Expedientes	33. Políticas	58. Correos electrónicos
9. Normas	34. Código de Conducta	59. Registros (listados, padrones, relaciones, personas)
10. Buzones (quejas, denuncias, sugerencias, consultas)	35. Instructivos	60. Publicaciones (Boletines, gacetas, trípticos)
11. Guías	36. Programa Especial	61. Criterio
12. Oficios	37. Código de Ética	62. Manual de Organización
13. Cartas compromiso al ciudadano	38. Intranet	63. Reportes
14. Hojas de cálculo	39. Programa Institucional	64. Cuestionarios
15. Organigramas	40. Concesiones	65. Manual de Procedimientos
16. Cartas responsivas	41. Licencias	66. Resguardos de bienes
17. Infografías	42. Programa Regional	67. Diagnósticos
18. Página de Internet	43. Conciliaciones	68. Manuales Técnicos
19. Catálogos	44. Lineamientos	69. Sistemas informáticos
20. Información financiera	45. Programa Sectorial	70. Encuestas
21. Perfiles y/o descripción de puestos	46. Contratos	71. Mapa de Procesos
22. Cédulas de evaluación	47. Listas de Asistencia emitida por el sistema de reuniones virtuales	72. Tableros de Control
23. Información fiscal	48. Programas de Capacitación	73. Entrevistas
24. Permisos	49. Control de accesos físicos	74. Matrices
25. Certificaciones	50. Manual de Calidad	75. Tableros informativos

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	52 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Cuando contenido de alguno o algunos de los documentos físicos y/o electrónicos se considere información reservada, se deberá usar la siguiente leyenda:

“El presente documento, pudiera contener información restringida en su modalidad de reservada y/o confidencial; lo anterior, de conformidad con lo establecido en los artículos 183, 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México; 113 y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 110 y 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3 fracción IX y 6 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 6 , 9 y 61 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Por lo que deberá comprometerse a garantizar su resguardo y confidencialidad, utilizándose únicamente para los fines que fueron transferidos. De igual forma es su responsabilidad emprender las acciones necesarias que garanticen su absoluta protección, secrecía y tutela. Lo anterior, so pena de incurrir en las responsabilidades derivadas de la normatividad aplicable.”

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	53 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

XIII. Anexos.

Anexo 1. Componentes, principios y elementos.

COMPONENTES GENERALES PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE CONTROL INTERNO		
PRIMER COMPONENTE GENERAL "AMBIENTE DE CONTROL"	1.- Mostrar actitud de respaldo y compromiso	<ul style="list-style-type: none"> 1.1.- Actitud de Respaldo del Titular y la Administración 1.2.- Normas de Conducta 1.3.- Apego a las Normas de Conducta 1.4.- Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción 1.5.- Cumplimiento, Supervisión y Actualización Continua del Programa lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción
	2.- Ejercer la responsabilidad de vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> 2.1.- Estructura de Vigilancia 2.2.- Responsabilidades del Titular o, en su caso, del Órgano de Gobierno 2.3.- Requisitos de un Órgano de Gobierno o del Titular 2.4.- Vigilancia General del Control Interno 2.5.- Corrección de deficiencias
	3.- Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad	<ul style="list-style-type: none"> 3.1.- Estructura Organizacional 3.2.- Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad 3.3.- Documentación y Formalización del Control Interno
	4.- Demostrar compromiso con la competencia profesional	<ul style="list-style-type: none"> 4.1.- Expectativas de Competencia Profesional 4.2.- Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales 4.3.- Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias
	5.- Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas	<ul style="list-style-type: none"> 5.1.- Establecimiento de la Estructura para Responsabilizar al Personal Obligaciones de Control Interno 5.2.- Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal
SEGUNDO COMPONENTE GENERAL "ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS"	6.- Definir Metas y Objetivos institucionales	<ul style="list-style-type: none"> 6.1.- Definición de Objetivos
	7.- Identificar, analizar y responder a los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> 7.1.- Identificación de Riesgos 7.2.- Análisis de Riesgos 7.3.- Respuesta a los Riesgos
	8.- Considerar el Riesgo de Corrupción	<ul style="list-style-type: none"> 8.1.- Tipos de Corrupción 8.2.- Factores de Riesgo de Corrupción 8.3.- Respuesta a los Riesgos de Corrupción
TERCER COMPONENTE GENERAL "ACTIVIDADES DE CONTROL"	9.- Identificar, analizar y responder al cambio	<ul style="list-style-type: none"> 9.1.- Identificación del Cambio 9.2.- Análisis y Respuesta al Cambio
	10.- Diseñar actividades de control	<ul style="list-style-type: none"> 10.1.- Respuesta a los Objetivos y Riesgos 10.2.- Diseño de Actividades de Control Apropriados 10.3.- Diseño de Actividades de Control en varios niveles 10.4.- Segregación de Funciones
	11.- Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC's	<ul style="list-style-type: none"> 11.1.- Desarrollo de los Sistemas de Información 11.2.- Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropriadas 11.3.- Diseño de la Infraestructura de las TIC'S 11.4.- Diseño de la Administración de la Seguridad 11.5.- Diseño de la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC'S
	12.- Implementar, Actividades de Control	<ul style="list-style-type: none"> 12.1.- Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de 12.2.- Revisiones Periódicas a las Actividades de Control
CUARTO COMPONENTE GENERAL "INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN"	13.- Usar Información relevante y de calidad	<ul style="list-style-type: none"> 13.1.- Identificación de los Requerimientos de Información 13.2.- Datos Relevantes de Fuentes Confiables 13.3.- Datos Procesados en Información de Calidad
	14.- Comunicar Internamente	<ul style="list-style-type: none"> 14.1.- Comunicación en toda la Institución 14.2.- Métodos Apropriados de Comunicación
	15.- Comunicar Externamente	<ul style="list-style-type: none"> 15.1.- Comunicación con Partes Externas 15.2.- Métodos Apropriados de Comunicación
QUINTO COMPONENTE GENERAL "SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA"	16.- Realizar actividades de supervisión	<ul style="list-style-type: none"> 16.1.- Establecimiento de Bases de Referencia 16.2.- Supervisión del Control Interno 16.3.- Evaluación de Resultados
	17.- Evaluar los problemas y corregir las deficiencias	<ul style="list-style-type: none"> 17.1.- Informe sobre Problemas 17.2.- Evaluación de Problemas 17.3.- Acciones Correctivas

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	54 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Anexo 2. Matriz de selección.

Nombre del proceso prioritario	Tipo (Sustantivo o Administrativo)	Área responsable (Dueña del proceso)	Criterios de selección							
			a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Proceso 1										
Proceso 2										
Proceso 3										
Proceso 4										
Proceso 5										
Proceso "n"										

#	Criterios de Selección
1	Macroproceso
2	Proceso
3	Procedimiento
4	Área Responsable
5	Área Participante.
6	Tiene documento normativo
7	Está el proceso formalizado y aprobado
8	Se encuentra el proceso Publicado
9	Se lleva a cabo o se usa el proceso
10	Es eficiente el proceso
11	Período máximo tolerable de interrupción del proceso
12	Cuál es el Impacto generado por la interrupción en el otorgamiento del proceso
13	Coadyuva a lo establecido en algún ordenamiento.
14	Con cuántas áreas interactúa el proceso
15	Aporta al logro de los compromisos y prioridades del Gobierno de la Ciudad de México
16	Genera beneficios a la población (mayor rentabilidad social)
17	Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño.
18	Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Comisión.
19	Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al ciudadano.
20	Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción
21	Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.
22	Cuenta con Recomendaciones, Observaciones o Requerimientos de algún Órgano Fiscalizador o Supervisor
23	Evaluación
24	Porcentaje

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	55 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Anexo 3. Evaluación.

	Reactivo	Grado de Madurez 6 Grado de Cumplimiento	Evidencia
Primera Norma. Ambiente de Control	1.- Conoces las metas, objetivos, visión y misión de la Comisión.		
	2.- Se comunicó y asignó a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento, la participación que tendría para coadyuvar con las metas, objetivos, visión y misión de la Comisión.		
	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.		
	4.- Se aplican, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, determinan acciones de mejora, dan seguimiento y evalúan sus resultados.		
	5.- La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos.		
	6.- Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos.		
	7.- El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales.		
	8.- Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.		
Segunda Norma. Administración de Riesgos	9.- Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control.		
	10.- Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales.		
	11.- Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los 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.		
Tercera Norma. 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 con base en el uso de TIC's.		
	14.- Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas.		
	15.- Se cuenta con mecanismos que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.		
	16.- Se tienen establecidos 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 diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia.		
	18.- Se identifica en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia.		
	19.- Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control.		
	20.- Las recomendaciones y acuerdos de los Órganos de Gobierno, así como de los Comités, 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 del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's.		
	24.- Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital Nacional en los procesos de gobernanza, organización y de entrega, relacionados con la planeación, contratación, así como la administración de bienes y servicios de TIC's y con la seguridad de la información.		
Cuarta Norma. Informar y Comunicar	25.- Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables.		
	26.- Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro de los objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales 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, de Comités y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma.		
	29.- Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias del personal de la Comisión.		
	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.		
Quinta Norma. Supervisión y Mejora Continua	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 o supervisoras, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso.		
	33.- Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.		

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	56 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Anexo 4. Grados de Madurez.

Evaluación de los Elementos de Control con Base en la Evidencia						
Etapa	Implementación		Efectividad		Mejor Práctica	
Criterio	El elemento de control no está formalizado.	El elemento de control está formalizado por la persona responsable del proceso.	El elemento de control está operando de manera sistémica.	El elemento de control se supervisa periódicamente.	El elemento de control prueba su eficiencia y eficacia operativa.	El elemento de control se ha actualizado y está en un proceso institucionalizado de mejora continua.
						
Grado de Cumplimiento de la Evidencia	1 No está formalizada	2 Está formalizada	3 Está operando	4 Se supervisa	5 Es eficiente y eficaz	6 Está actualizada
	La evidencia documental y/o electrónica no está formalizada.	La evidencia documental y/o electrónica está formalizada.	La evidencia documental y/o electrónica demuestra que está en operación de manera sistémica.	La evidencia documental y/o electrónica garantiza que se supervisa.	La evidencia documental y/o electrónica avala que es eficiente y eficaz operativamente.	La evidencia documental y/o electrónica confirma que está actualizado y en proceso institucional de mejora continua.
			Las personas responsables son capacitadas para operar el elemento de control.	Las personas responsables son capacitadas para operar el elemento de control.	Las personas responsables son capacitadas para operar el elemento de control.	Las personas responsables son capacitadas para operar el elemento de control.
				Se supervisa el elemento de control.	Se supervisa el elemento de control.	Se supervisa el elemento de control.
					Es eficiente y eficaz operativamente el elemento de control.	Es eficiente y eficaz operativamente el elemento de control.
						El elemento de control está actualizado, automatizado, evaluado por instancias fiscalizadoras, y en mejora continua.

Fuente: Elaboración con base en la "Guía de Apoyo para Informar los Resultados de la Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional", diciembre 2016. Secretaría de la Función Pública, Subsecretaría de Control y Auditoría de la Gestión Pública, Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública, Dirección General Adjunta de Fortalecimiento de Control Interno.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	57 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

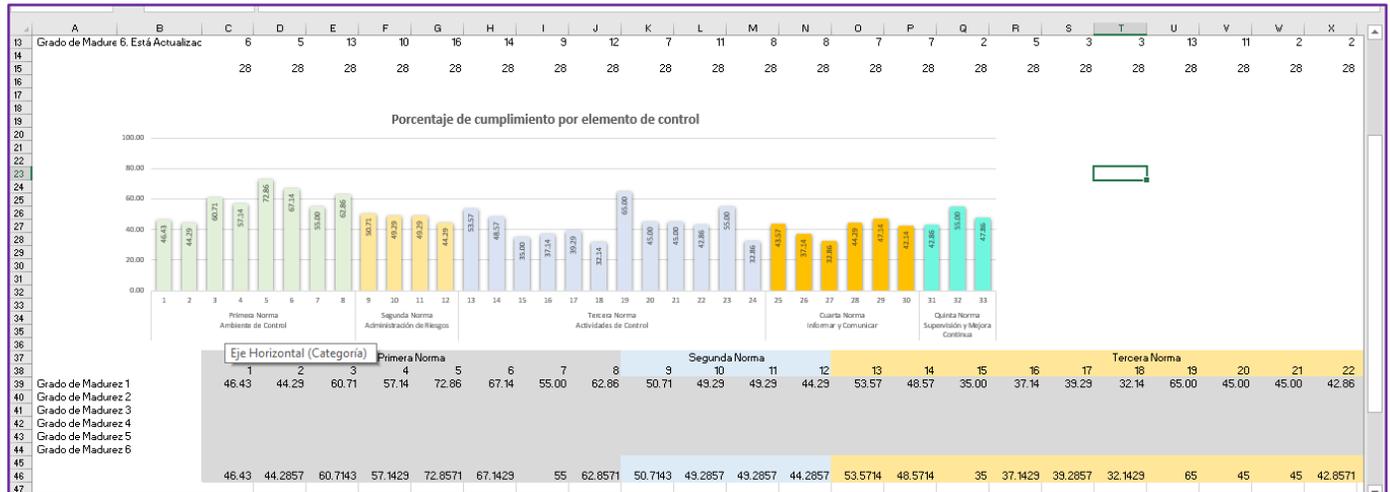
Anexo 5. Revisión de grado de madurez.

	Reactivo	Grado de Madurez ó Grado de Cumplimiento	Evidencia	Cumple con la evaluación del elemento	Evaluación Final
Primera Norma: Ambiente de Control	1.- Conoces las metas, objetivos, visión y misión de la Comisión.	0	0		FALSO
	2.- Se comunicó y asignó a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento, la participación que tendría para coadyuvar con las metas, objetivos, visión y misión de la Comisión.	0	0		FALSO
	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.	0	0		FALSO
	4.- Se aplican, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, determinan acciones de mejora, dan seguimiento y evalúan sus resultados.	0	0		FALSO
	5.- La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos.	0	0		FALSO
	6.- Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos.	0	0		FALSO
	7.- El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales.	0	0		FALSO
	8.- Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.	0	0		FALSO
Segunda Norma: Administración de Riesgos	9.- Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control.	0	0		FALSO
	10.- Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales.	0	0		FALSO
	11.- Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos.	0	0		FALSO
	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.	0	0		FALSO
Tercer Norma: 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 con base en el uso de TIC's.	0	0		FALSO
	14.- Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas.	0	0		FALSO
	15.- Se cuenta con mecanismos que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales.	0	0		FALSO
	16.- Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos.	0	0		FALSO
	17.- Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia.	0	0		FALSO
	18.- Se identifican en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia.	0	0		FALSO
	19.- Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control.	0	0		FALSO
	20.- Las recomendaciones y acuerdos de los Órganos de Gobierno, así como de los Comités, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia.	0	0		FALSO
	21.- Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's.	0	0		FALSO
	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.	0	0		FALSO
	23.- En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's.	0	0		FALSO
	24.- Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital Nacional en los procesos de gobernanza, organización y de entrega, relacionados con la planeación, contratación, así como la administración de bienes y servicios de TIC's y con la seguridad de la información.	0	0		FALSO
Cuarta Norma: Informar y Comunicar	25.- Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables.	0	0		FALSO
	26.- Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro de los objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos.	0	0		FALSO
	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.	0	0		FALSO
	28.- Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Órgano de Gobierno, de Comités y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma.	0	0		FALSO
	29.- Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias del personal de la Comisión.	0	0		FALSO
	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.	0	0		FALSO
Quinta Norma: Supervisión y Mejora Continua	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.	0	0		FALSO
	32.- Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras o supervisoras, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso.	0	0		FALSO
	33.- Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.	0	0		FALSO

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	58 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Anexo 6. Análisis estadístico.



Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	59 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Anexo 7. Informe Anual.

Contenido	
Introducción	4
I) Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII	4
a) <i>Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno</i>	4
b) <i>Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno</i>	5
c) <i>Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de control interno</i>	5
d) <i>Debilidades o áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional</i>	6
II) Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el PTCI del ejercicio inmediato anterior.	6
III) Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora	8
Anexo 1 Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional 2020	9
Anexo 2 Programa de Trabajo de Control Interno Institucional 2021	12

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.

	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México	Hoja:	62 de 62
	Dirección General de Administración	Código:	DGA-MECIAR-21
	Metodología de Control Interno y Administración de Riesgos	Fecha de elaboración:	11/10/21

Registro de cambios.

Este instrumento es de nueva creación y podrá ser modificado en cualquier momento, previo análisis, estudio y evaluación del funcionamiento, operatividad y eficacia de éste.

Vigencia.

Las disposiciones contenidas en la presente Metodología entrarán en vigor el 1° de enero de 2022 y estarán disponibles para su difusión, consulta y descarga en los Estrados Electrónicos de la CDHCM.

Yashkara Estrada Vargas Subdirectora de Planeación y Programación Financiera	David García López Director de Finanzas y Programación	Gerardo Sauri Suárez Director General de Administración
Elaboró	Revisó	Vo.Bo.