Saltillo,Coahuila a XX de XXX del

Oficio No.XXXXX

Asunto: **Envió de Recomendaciones de Revisión**

**TITULAR**

**CARGO**

**PRESENTE.-**

Como resultado de la revisión practicada a la Dependencia/Organismo, en el cumplimiento al Modelo Estatal de Marco Integrado de Control Interno, con fecha de XX de XXX del 20XX, emitido por el Ing. Gerardo Castillo Herrera Coordinador General de Innovación Gubernamental, adjunto el informe de Revisión de Control Interno determinado y las recomendaciones propuestas.

Al respecto, solicito a Usted girar sus apreciables instrucciones a quien corresponda a fin de que se atiendan estas recomendaciones contenidas en el Informe de Revisión de Control Interno, en un no mayor de 10 días hábiles, conforme a lo establecido en el PE-DAD-03 (Revisión de Control Interno), a fin de que se de contestación a la Secretaria y dar seguimiento a la solventación de las recomendaciones detectadas.

ATENTAMENTE

“SUFRAGIO EFECTIVO; NO REELECCIÓN

EL COORDINADOR GENERAL DE INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

GERARDO CASTILLO HERRERA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Dependencia:** |  | **No. Oficio de Revisión :** |  |  |
|  |  | **Fecha :** |  |  |

| **PRINCIPIO MEMICI** | **ELEMENTOS** | **ESTATUS** | **RECOMENDACIÓN** |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE DE CONTROL INTERNO** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **D: Documentado ND: No Documentado I: Documentado de manera incorrecta o incompleta NA: No aplica**  **COMENTARIOS:** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORÓ** |  | **REVISÓ** |
| COORDINADOR DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y CONTROL (A)PARA REVISIÓN |  | DIRECTOR(A) DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO |