



**LINEAMIENTOS DE APLICACIÓN EN MATERIA
DE CONTROL INTERNO, PARA LA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL
CENTRALIZADA Y DESCENTRALIZADA DE
CUAUTLANCINGO, PUEBLA
2024 - 2027**

LINEAMIENTOS DE APLICACIÓN EN MATERIA DE CONTROL INTERNO, PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL CENTRALIZADA Y DESCENTRALIZADA DE CUAUTLANCINGO, PUEBLA. 2024-2027

ARTÍCULO PRIMERO.

Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer las normas generales para el Sistema de Control Interno Institucional que deberán implementar las personas Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Municipal, para coadyuvar al cumplimiento de las leyes, acuerdos y disposiciones normativas para la mejora continua.

ARTÍCULO SEGUNDO.

En términos del Artículo Primero de este Acuerdo, se emiten los siguientes:

LINEAMIENTOS EN MATERIA DE CONTROL INTERNO

TÍTULO PRIMERO

LINEAMIENTOS GENERALES

CAPÍTULO I

OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

1. BASE DE REFERENCIA, OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Las o los Titulares, así como las personas servidoras públicas de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Municipal, en sus respectivos niveles de control organizacional, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación el Sistema de Control Interno Institucional (SCII), tomando como referencia el Marco Integrado de Control Interno (MICI) del Sistema Nacional de Fiscalización (SNF); el Acuerdo de la Secretaría de la Función Pública, por las que emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla, y como base los presentes Lineamientos, para establecer, mantener y mejorar el SCII, aportando distintos elementos para el cumplimiento del objeto del control interno en: operación, información y cumplimiento y salvaguarda.

2. DEFINICIONES.

Para efectos de los presentes Lineamientos se entenderán las siguientes definiciones:

- I. **Acción (es) de control:** Las actividades determinadas e implantadas por la persona Titular y demás personas servidoras públicas de la Administración Pública Municipal Centralizada y

- Descentralizada, para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;
- II. **Acción (es) de mejora:** Las actividades determinadas e implantadas por la persona Titular y demás personas servidoras públicas de la Administración Pública Municipal Centralizada y Descentralizada, para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;
 - III. **Administración:** Las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios diferentes a la persona Titular de la Institución;
 - IV. **Administración de riesgos:** El proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la Institución, 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 de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;
 - V. **Administración Pública Centralizada:** Se integra con las Dependencias que forman parte del Ayuntamiento, así como con órganos desconcentrados, vinculados jerárquicamente a las dependencias municipales;
 - VI. **Administración Pública Descentralizada:** Se integra con las entidades paramunicipales, que son las empresas con participación municipal mayoritaria, los organismos públicos municipales descentralizados y los fideicomisos, donde el fideicomitente sea el Municipio;
 - VII. **Administración Pública Municipal o APM:** Administración Pública Municipal Centralizada y Descentralizada;
 - VIII. **Área (s) de oportunidad:** La situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;
 - IX. **Autocontrol:** La implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos;
 - X. **Carpeta electrónica:** La aplicación informática que contiene la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité;
 - XI. **Comité y/o COCODI:** Comité de Control y Desempeño Institucional;
 - XII. **Competencia profesional:** La cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación y experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de los individuos para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades;

- XIII. Contraloría:** A la Contraloría Municipal del Honorable Ayuntamiento de Cuautlancingo, Puebla;
- XIV. Control correctivo (después):** El mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones;
- XV. Control detectivo (durante):** El mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;
- XVI. Control Interno:** El proceso efectuado por la persona Titular de la Institución y las demás personas servidoras públicas de la Administración Pública Municipal Centralizada y Descentralizada, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad;
- XVII. Control preventivo (antes):** El mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de las metas y objetivos;
- XVIII. Debilidad (es) de control interno:** La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna;
- XIX. Dependencias:** Las Unidades Administrativas que integran la Administración Pública Centralizada;
- XX. Economía:** Los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida;
- XXI. Eficacia:** El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;
- XXII. Eficiencia:** El logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos;
- XXIII. Elementos de control:** Los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir la Institución en su Sistema de Control Interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;
- XXIV. Entidades:** Las Unidades Administrativas que integran la Administración Pública Descentralizada;
- XXV. Evaluación del Sistema de Control Interno:** El proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen las normas generales de control interno y sus principios, así como los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías;
- XXVI. Factor (es) de riesgo:** La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;

- XXVII. Gestión de riesgos de corrupción:** Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas, en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y/o servicios internos y externos;
- XXVIII. Impacto o efecto:** Las consecuencias negativas que se generarían, en el supuesto de materializarse el riesgo;
- XXIX. Informe Anual:** El Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional;
- XXX. Institución:** Se refiere a la Administración Pública Centralizada o Descentralizada del Municipio de Cuautlancingo, Puebla;
- XXXI. Líneas de reporte:** Las líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la Administración Pública Municipal Centralizada y Descentralizada, que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones;
- XXXII. Mapa de riesgos:** La representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva;
- XXXIII. Matriz de Administración de Riesgos:** La herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad, considerando las etapas de la metodología de administración de riesgos;
- XXXIV. MIR y/o Matriz de Indicadores para Resultados:** La herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Municipal de Desarrollo y sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos de la Administración Pública Municipal; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño;
- XXXV. Mejora continua:** Al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica;
- XXXVI. Modelo Estándar de Control Interno:** Al conjunto de normas generales de control interno y sus principios y elementos de control, los niveles de responsabilidad de control interno, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al sistema de control interno institucional;
- XXXVII. Objetivos Institucionales:** Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Municipal de Desarrollo, en términos de la Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla, en particular de los programas sectoriales, institucionales y especiales, según corresponda;

- XXXVIII. Persona Servidora Pública:** Personas que desempeñen un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública Municipal Centralizada o Descentralizada, así como las personas que administren, manejen, recauden, apliquen recursos económicos Federales, Estatales o Municipales, sea cual fuere la naturaleza de su nombramiento o elección;
- XXXIX. Procesos administrativos o adjetivos:** Aquellos necesarios para la gestión interna que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya que dan soporte a los procesos sustantivos;
- XL. Probabilidad de ocurrencia:** La estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;
- XLI. Procesos sustantivos:** Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas, es decir, con el cumplimiento de su misión;
- XLII. Programa presupuestario:** La categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas;
- XLIII. PTAR:** El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;
- XLIV. PTCI:** El Programa de Trabajo de Control Interno;
- XLV. Riesgo:** El evento adverso e incierto (externo o interno) que derivado de la combinación de su probabilidad de ocurrencia y el posible impacto pudiera obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales;
- XLVI. Riesgo (s) de corrupción:** la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de la Institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por una persona servidora pública, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas;
- XLVII. Sesión (es) virtual (es):** La celebrada a través de medios electrónicos de comunicación a distancia que permiten la transmisión simultánea de voz e imagen;
- XLVIII. Sistema de Control Interno Institucional o SCII:** El conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley;
- XLIX. Sistema de información:** El conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control de la Institución;
- L. TIC's:** Las Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y
- LI. Unidades Administrativas:** Aquellas comprendidas en el reglamento interior, estatuto orgánico y/ o estructura orgánica de la Institución, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente.

CAPÍTULO II RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN

Es responsabilidad de las o los Titulares y demás personas servidoras públicas de la APM, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno Institucional, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; además de instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de los presentes lineamientos.

En la implementación, actualización y mejora del SCII, se identificarán y clasificarán los mecanismos de control en preventivos, detectivos y correctivos, privilegiándose 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 y economía, el cumplimiento de las metas y objetivos.

4. RESPONSABLES DE SU VIGILANCIA

La Contraloría conforme a sus respectivas atribuciones, será responsable de vigilar la implementación y aplicación adecuada con apego a estos Lineamientos; adicionalmente, en el ámbito de su competencia, otorgará la asesoría y apoyo que corresponda a las personas Titulares de las Dependencias, Entidades y demás personas servidoras públicas de la APM, para la implementación de su SCII.

5. DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES

La persona Titular de la Institución, designará mediante oficio a la persona servidora pública de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador/a de Control Interno, para asistir en la aplicación y seguimiento de los presentes Lineamientos, el nombramiento deberá recaer preferentemente en una persona con la competencia profesional requerida para implementar el SCII.

La o el Coordinador de Control Interno designará mínimo a dos Enlaces por cada uno de los procesos contemplados en estos Lineamientos (SCII y Administración de Riesgos), quienes deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste; se podrá nombrar a una sola persona servidora pública como Enlace.

Los oficios de designación y sustitución, se deberá notificar a la o el Coordinador de Control Interno, con el propósito de conocer a los designados como integrantes del Comité. Los cambios en las designaciones anteriores se informarán de la misma manera, dentro de los 10 días hábiles posteriores a que se efectúen.

TÍTULO SEGUNDO

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I

ESTRUCTURA DEL MODELO

6. CATEGORÍAS DEL OBJETIVO DEL CONTROL INTERNO.

El Control Interno tiene como objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas dentro de las siguientes categorías:

I. Operación: Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos;

II. Información: Consiste en la confiabilidad de los informes internos y externos;

III. Cumplimiento: Se relaciona con apego al marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable, y

IV. Salvaguarda: Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

CAPÍTULO II

NORMAS GENERALES Y PRINCIPIOS DE CONTROL INTERNO

7. CONCEPTO FUNDAMENTAL DE CONTROL INTERNO

El control interno es un proceso efectuado por las personas Titulares de las Dependencias y Entidades y demás personas servidoras públicas de una institución, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de los objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir la corrupción.

El control interno incluye planes, métodos, programas, políticas y procedimientos utilizados para alcanzar el mandato, la misión, el plan estratégico, los objetivos y las metas institucionales. Asimismo, constituye la primera línea de defensa en la salvaguarda de los recursos públicos y la prevención de actos de corrupción. En resumen, el control interno ayuda al Titular de una institución a lograr los resultados programados a través de la administración eficaz de todos sus recursos, como son los tecnológicos, materiales, financieros y al capital humano.

Aunque existen diferentes maneras de representar al Control Interno; el MICI lo define como una estructura jerárquica de 5 normas generales (componentes) y 17 principios de control interno:

Primera Norma. Ambiente de control.

Es la base del control interno que proporciona los elementos normativos, estructura y disciplina para apoyar al personal en la consecución de los objetivos y metas.

Para la aplicación de esta norma, la persona Titular de la Institución y la Administración, deberán establecer y mantener un ambiente de control en la APM, que implique una actitud de respaldo hacia el control interno, así como vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

Principio 1. Mostrar actitud de respaldo y compromiso. Las o los Titulares y las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios, deben conducirse con actitud de respaldo, demostrando con sus actitudes y comportamiento la importancia de la integridad, los valores y las conductas establecidas; así como, la prevención de irregularidades administrativas y actos contrarios a la integridad y en lo particular con lo dispuesto en los *Códigos de Ética y de Conducta* de la APM.

Principio 2. Ejercer la responsabilidad de vigilancia. la persona Titular de la Institución es responsable de vigilar de manera general el diseño, implementación y operación del control interno, a través de las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios; así como, las instancias que establezcan para tal efecto, creando una estructura adecuada en relación a la normatividad aplicable y características de la Institución.

Principio 3. Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad. La o el Titular debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar las metas y objetivos, preservar la integridad y rendir cuentas de los resultados alcanzados, asignando responsabilidades de manera eficiente, eficaz y económica, y delegando autoridad a los puestos claves.

Principio 4. Demostrar compromiso con la competencia profesional. La o el Titular de la Institución y las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios, son responsables de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y conservar profesionales competentes.

Principio 5. Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas. Las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios deben evaluar el desempeño del control interno en las Dependencias y Entidades, y hacer responsables a las personas servidoras públicas adscritas a su Unidad Administrativa por sus obligaciones específicas como parte integrante del SCII.

Segunda Norma. Administración de Riesgos.

Es el proceso dinámico para identificar, valorar y monitorear los riesgos, incluidos los de corrupción, así como determinar acciones que permitan mitigar su efecto y probabilidad de ocurrencia, de tal manera que se pueda proporcionar seguridad razonable del cumplimiento de objetivos y metas.

Principio 6. Definir Metas y Objetivos. La o el Titular de la Institución debe instruir a las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios y, en su caso, a las Unidades Administrativas relacionadas con la materia, la definición clara de los objetivos y metas institucionales, mismos que deben encontrarse alineados a los Programas.

Los objetivos y metas deben ser específicos y medibles para hacer posible el diseño del control interno y la identificación de riesgos asociados a cada uno de ellos. Deben determinarse en observancia a la misión y visión de la Institución, así como a sus programas.

Principio 7. Identificar, analizar y responder a los riesgos. La Institución, debe identificar riesgos en todos los procesos, analizar su relevancia y diseñar acciones suficientes para responder a éstos y

asegurar de manera razonable el logro de los objetivos. Los riesgos deben ser comunicados al personal de la APM, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.

Principio 8. Considerar el Riesgo de Corrupción. La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los bienes y recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos asociados, principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, apropiación indebida de activos, conflicto de interés, trámites y servicios externos e internos.

Principio 9. Identificar, analizar y responder al cambio. La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos significativos que puedan impactar el control interno.

Los cambios internos incluyen modificaciones a los programas o actividades, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología.

Los cambios externos refieren al entorno gubernamental, económico, tecnológico, legal, regulatorio y físico.

Tercera Norma. Actividades de Control.

Son aquellas acciones establecidas por las Unidades Administrativas responsables para alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos asociados, incluidos los de corrupción.

Las actividades de control se ejecutan a todos los niveles de la APM, en las diferentes etapas de sus procesos y considerando 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 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.

Es necesario que las personas servidoras públicas conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o unidad administrativa.

Principio 10. Diseñar actividades de control. Las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios deben diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos y metas de las Dependencias y Entidades, y responder a los riesgos, incluyendo los de corrupción.

Las actividades de control pueden ser preventivas o detectivas; la primera se dirige a evitar que la Institución falle en lograr un objetivo o enfrentar un riesgo, y la segunda descubre antes de que concluya la operación cuándo la Institución no está alcanzando un objetivo o enfrentando un riesgo, y corrige las acciones para ello.

Las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios deben evaluar el propósito de las actividades de control, así como el efecto que una deficiencia tiene en el logro de los objetivos

institucionales. Si tales actividades cumplen un propósito significativo o el efecto de una deficiencia en el control sería relevante para el logro de los objetivos, las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios deben diseñar actividades de control tanto preventivas como detectivas para esa transacción, proceso, unidad administrativa o función.

Principio 11. Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC's. Las personas servidoras públicas de mandos superiores y medios deben desarrollar actividades de control, que contribuyan a dar respuesta y reducir los riesgos identificados, basadas principalmente en el uso de las tecnologías de información y comunicaciones para apoyar el logro de metas y objetivos.

La Administración debe desarrollar sistemas informáticos, para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos. Dichos sistemas contribuyen a alcanzar los objetivos institucionales y a responder a los riesgos asociados.

La Administración debe desarrollar los sistemas de información y el uso de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la Institución; es importante señalar que, un sistema de información se integra por el personal, los procesos, los datos y la tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información.

Las TIC's, pueden fortalecer el control interno sobre la seguridad y la confidencialidad de la información, mediante una adecuada restricción de accesos; pero, requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad.

Aunque las TIC's con llevan tipos específicos de actividades de control, no representan una consideración de control "independiente", sino que son parte integral de la mayoría de las actividades de control.

Las actividades de control sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.

La contratación de servicios tercerizados para el desarrollo de las TIC's, es otra alternativa y la Administración también debe evaluar los riesgos que su utilización representa para la integridad, exactitud y validez de la información presentada a los servicios tercerizados y ofrecida por éstos.

Principio 12. Implementar Actividades de Control. La Administración debe poner en operación, políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

Cuarta Norma. Información y Comunicación.

Es la información relevante y de calidad que las Unidades Administrativas y las personas servidoras públicas generan, obtienen y utilizan, así como los mecanismos y canales de comunicación efectivos y confiables que existen en el interior y exterior, para respaldar el SCII.

Los sistemas de información y comunicación deben 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 con el uso eficiente de los recursos.

Principio 13. Usar Información relevante y de calidad. La Administración debe implementar los medios necesarios para que las Unidades Administrativas generen y utilicen información relevante y de calidad, que contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales y den soporte al SCII.

La Administración debe obtener datos relevantes de fuentes confiables internas y externas, de manera oportuna, y en función de los requisitos de información identificados y establecidos.

Principio 14. Comunicar Internamente. La Administración es responsable de que las Unidades Administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad para la consecución de los objetivos y metas, utilizando líneas de reporte y la autoridad establecida.

Principio 15. Comunicar Externamente. La Administración es responsable de que las Unidades Administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante. Las líneas externas incluyen entre otros, a las o los proveedores, contratistas, servicios tercerizados, reguladores, auditores externos, instituciones gubernamentales y público en general.

Quinta Norma. Supervisión y Mejora Continua.

Son las actividades establecidas y de operación en las Unidades Administrativas, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno mediante una vigilancia y evaluación periódica a su eficacia, eficiencia y economía.

La supervisión es responsabilidad de la Administración en cada uno de los procesos que realiza, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías realizadas por la Contraloría o por otras instancias fiscalizadoras.

El Sistema de Control Interno Institucional debe mantenerse en un proceso de supervisión y mejora continua, con el propósito de asegurar que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, se resuelva con oportunidad y diligencia, dentro de los plazos establecidos de acuerdo a las acciones a realizar, debiendo identificar y atender la causa raíz de las mismas a efecto de evitar su recurrencia.

Principio 16. Realizar actividades de supervisión. La Administración implementará actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de los resultados, e identificación de las deficiencias; por lo que deberá realizar autoevaluaciones y considerar las auditorías o evaluaciones de las diferentes instancias fiscalizadoras, sobre el diseño y eficacia operativa del control interno.

La Institución conserva la responsabilidad de supervisar si el control interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los servicios tercerizados.

La Administración debe documentar los resultados de las autoevaluaciones y de las evaluaciones independientes, para identificar los problemas de control interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar, si el control interno es eficaz y apropiado.

Principio 17. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias. Todas las personas servidoras públicas que laboran en la Institución, deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno a las o los responsables de adoptar medidas correctivas, como son las o los Titulares de la APM.

En la implementación de las Normas Generales de Control Interno, las o los Titulares de las Unidades Administrativas, diseñarán e implementarán los documentos y procedimientos que se ajusten a sus necesidades en particular, en observancia de la normativa vigente como parte inherente a sus operaciones.

CAPÍTULO III

RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

8. Responsabilidades y Funciones.

El control interno es responsabilidad de la persona Titular de la Institución, quien lo implementa con apoyo de la Administración (mandos superiores y medios) y el resto de las personas servidoras públicas, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

I. GENÉRICAS:

Todas las personas servidoras públicas de la Institución, son responsables de:

- a) Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos (adjetivos) en los que participan y/o son responsables, y
- b) Evaluar el SCII verificando el cumplimiento de las Normas Generales, sus principios y elementos de control, así como proponer las acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua.

II. DE LA PERSONA TITULAR Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

- a) Determinarán las metas y objetivos como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición

de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Institución para la consecución de los objetivos del Plan Municipal de Desarrollo, los programas sectoriales, especiales y demás planes y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;

- b)** Establecerán y mantendrán un SCII apropiado, operando y actualizado conforme a las Normas Generales de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
- c)** La persona Titular, supervisará que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;
- d)** Verificarán que se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;
- e)** La persona Titular, aprobará el PTCI y el PTAR, para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
- f)** La persona Titular, instruirá y supervisará que las unidades administrativas, la o el Coordinador de Control Interno y la o el Enlace de Administración de Riesgos, inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos, y
- g)** La persona Titular, instruirá a las Unidades Administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. LA O EL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a)** Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;
- b)** Acordar con la persona Titular de la Institución, las acciones para la implementación y operación del Modelo Estándar de Control Interno;
- c)** Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Institución, y
- d)** Revisar con el Enlace del SCII y presentar para aprobación de la persona Titular de la Institución, el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

En la Administración de Riesgos:

- e)** Acordar con la persona Titular de la Institución, la aplicación de la metodología de administración de riesgos, en los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos que

fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las Unidades Administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;

f) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos se establezca formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como un proceso sistemático y herramienta de gestión;

g) Convocar a las personas Titulares de las Unidades Administrativas de la Institución, y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el *“Grupo de Trabajo”* que definirá la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, para la autorización de la persona Titular de la Institución y presentarlo ante el COCODI;

h) Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en los presentes Lineamientos y ser el canal de comunicación e interacción con la persona Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos;

i) Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos;

j) Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos;

k) Presentar anualmente para firma de la persona Titular de la Institución, la o el Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos, la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, y el PTAR;

l) Implementar el PTAR con las o los responsables de acciones de control comprometidas;

m) Comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR determinados en el Comité;

n) Verificar que se registren y se envíen los reportes de avances trimestrales del PTAR al Enlace de Control y Administración de Riesgos;

o) Presentar los documentos descritos en el inciso k) de esta fracción III, en la Primera Sesión Ordinaria del ejercicio fiscal correspondiente, del Comité, y en su caso, aquellas actualizaciones que se den en el proceso, en las sesiones subsecuentes;

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

p) Determinar, conjuntamente con la persona Titular de la Presidencia del COCODI y la o el Enlace de Control Interno y Administración de Riesgos, los asuntos a tratar en las Sesiones del Comité y reflejarlos en la Orden del Día; así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la APM, y

q) Revisar y validar que la información sea suficiente, relevante y competente, e instruir al Enlace del SCII sobre la conformación de la carpeta electrónica, en los diez días hábiles previos a la celebración de la sesión.

IV. DEL ENLACE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII):

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre la o el Coordinador de Control Interno y las Unidades Administrativas de la Institución;

b) Definir con las Unidades Administrativas, los procesos prioritarios en los que se aplicará la evaluación del SCII;

c) Revisar con las o los responsables de las Unidades Administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI, para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las Normas Generales, sus principios y elementos de Control Interno;

d) Presentar el Reporte de Avances Trimestral, revisados y autorizados ante el COCODI, en las sesiones correspondientes;

e) Elaborar el Informe de Avances Trimestral del cumplimiento del PTCI de las Dependencias y Entidades, y presentarlo en las sesiones correspondientes, y

f) Elaborar el proyecto del Informe Anual y la actualización del PTCI para revisión de la o el Coordinador de Control Interno.

V. DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con la o el Coordinador de Control Interno y las Unidades Administrativas responsables de la administración de riesgos;

b) Informar y orientar a las Unidades Administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;

c) Revisar y analizar la información proporcionada por las Unidades Administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar a la o el Coordinador de Control Interno los proyectos de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y el Reporte de Avances Trimestral del PTAR;

d) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;

e) Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avance Trimestral;

f) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por las personas servidoras públicas de la institución, así como los determinados por el Comité, y

g) Elaboración el Informe de Avances Trimestral del cumplimiento del PTAR.

VI. DEL ENLACE DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL:

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre la o el Coordinador de Control Interno y las Unidades Administrativas de la Institución;

b) Solicitar a las Unidades Administrativas de la Institución la información suficiente, relevante y competente para la integración de la carpeta electrónica relacionada con el PTCI, el PTAR y otras acciones inherentes al SCII, con diez días hábiles de anticipación a la celebración del Comité;

c) Remitir a la o el Coordinador de Control Interno la información consolidada para su revisión y validación;

d) Integrar y capturar la carpeta electrónica para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión, y

e) Registrar el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

VII. DE LA CONTRALORÍA:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Asesorar y apoyar a las Unidades Administrativas de la Administración Pública Municipal de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;

b) Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, se cumplan en tiempo y forma;

En la Administración de Riesgos:

c) Apoyar a las Unidades Administrativas de la Administración Pública Municipal de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos;

d) Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, y que se orienten a: *evitar el riesgo; reducir el riesgo; asumir el riesgo, transferir o compartir los riesgos;*

e) Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo, que para tal efecto constituya el *Enlace de Administración de Riesgos;*

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

f) Incorporar en la carpeta electrónica del Comité la información de su competencia.

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SECCIÓN I

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

9. DE LA EVALUACIÓN DEL SCII

El SCII deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por las personas servidoras públicas responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) 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 las cinco Normas Generales de Control Interno, sus diecisiete Principios y elementos de control interno.

Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control de por lo menos un total de cinco procesos prioritarios sustantivos y/o administrativos, y como máximo los que determine la Institución, conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

La Institución, determinará los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) para la evaluación del SCII, cuando éstos se encuentren debidamente mapeados y formalmente incorporados a su relación de procesos. En ese sentido, los procesos seleccionados podrán ser aquellos que formen parte de un mismo macroproceso, estar concatenados entre sí, o que se ejecuten de manera transversal entre varias áreas.

Los “*criterios*” para seleccionar cualquier proceso prioritario, se podrán utilizar alguno o varios de los que a continuación se describen:

- a) Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Estatal de Desarrollo y programas sectoriales, regionales, institucionales, especiales y/o transversales.
- b) Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Institución.
- c) Genera beneficios a la población (mayor rentabilidad social) o están relacionados con la entrega de subsidios.
- d) Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al ciudadano, en especial permisos, licencias y concesiones.
- e) Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.
- f) Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.
- g) Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.
- h) Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

Las o los responsables del seguimiento al SCII de la Institución deberán elaborar y remitir mediante oficio, en el mes de noviembre de cada año, a la Contraloría una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SCII, para ello podrá utilizar el siguiente formato:

Nombre del Proceso Prioritario	Tipo Sustantivo/ Administrativo	Unidad 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										

La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de las cinco Normas Generales de Control Interno y sus diecisiete Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

PRIMERA NORMA. - AMBIENTE DE CONTROL

1. Las personas servidoras públicas de la Administración Pública Municipal, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión;
2. Los objetivos y metas derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a las o los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento;
3. La Administración Pública Municipal cuenta con un Comité de Ética y Conducta formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento del Código de Ética y de Conducta; de las reglas de integridad para el ejercicio de la función pública y su normatividad general;
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 y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable; y

8. Se emplea en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia.

SEGUNDA NORMA. - ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

9. Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, análisis, evaluación, atención y seguimiento; así como la comunicación y consulta para asegurar las 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, y éstas son ejecutadas por la persona Servidora Pública facultada conforme a la normatividad; y

11. 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.

TERCERA NORMA. - ACTIVIDADES DE CONTROL.

12. 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;

13. Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;

14. Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas;

15. 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;

16. Se identifica en los procesos la causa raíz de las debilidades de Control Interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención;

17. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;

18. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;

19. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;

20. 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, y

21. 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.

CUARTA NORMA. - INFORMAR Y COMUNICAR.

22. 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;

23. Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;

24. 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;

25. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones de Comités Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;

26. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias; y

27. Se cuenta con un Sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección realizar seguimientos y tomar decisiones.

QUINTA NORMA. - SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

28. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones;

29. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, se utilizan para retroalimentar a cada uno de las o los responsables para mejorar el proceso; y

30. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte de la persona Titular, la Administración y la Contraloría, para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

La o el Coordinador de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que los responsables de los procesos prioritarios seleccionados (sustantivos y administrativos), apliquen la evaluación con objeto de verificar la existencia y suficiencia de los elementos de control. El responsable o dueño del proceso deberá establecer y comprometer acciones de mejora en el Programa de Trabajo de Control Interno, cuando se identifiquen debilidades de Control Interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII.

10. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES.

Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, la o el Coordinador de Control Interno podrá incorporar en la evaluación del SCII e implementación de los diecisiete Principios, elementos de control adicionales a los descritos en el artículo anterior.

La Contraloría podrá recomendar la incorporación de elementos de control adicionales en virtud de las deficiencias que llegará a identificar en el SCII, sin embargo, será la o el Coordinador de Control Interno quien valorará la viabilidad y pertinencia de la inclusión de dichos elementos de control adicionales.

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

SECCIÓN II

INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

11. DE SU PRESENTACIÓN.

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación, la persona Titular de la Institución presentará con su firma autógrafa un Informe Anual:

- I. A la persona Titular de la Contraloría, a más tardar el 31 de enero de cada año; y
- II. Al Comité de Control Interno y Desempeño Institucional (COCODI) en la primera sesión ordinaria.

12. DE LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN.

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

- I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:
 - a) Porcentaje de cumplimiento por norma general de control interno y de los elementos de control;
 - b) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente 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 para acreditar su implementación, por norma general de control interno, y
 - d) Debilidades o áreas de oportunidad 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 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 integrante del mismo.

13. DE LA SOLICITUD DEL INFORME ANUAL EN FECHA DISTINTA.

La Contraloría podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al 31 de enero de cada año, por instrucciones superiores, caso fortuito o causas de fuerza mayor.

SECCIÓN III

**INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA
DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO**

14. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.

El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SCII, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes; también, deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de mejora, la unidad administrativa responsable de su implementación; así como, los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización de la persona Titular de la Institución, de revisión de la o el Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace del SCII.

Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 de diciembre de cada año, en caso contrario, se documentarán y presentarán en el Comité las justificaciones correspondientes, así como considerar los aspectos no atendidos en la siguiente evaluación del SCII y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCI.

15. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.

El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por la persona Titular de la Contraloría, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCI original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Institución. El PTCI actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la Segunda Sesión Ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

16. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por la o el Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente a la persona Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral, el cual deberá contener al menos los siguientes puntos:

- a) 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;
- b) 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;
- c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno; y
- d) Firma de la o el Coordinador de Control Interno.

II. El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:

- a) Al Enlace de Control Interno y Administración de Riesgos, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que pueda emitir su informe de evaluación.
- b) Al Comité, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

17. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ENLACE DE CONTROL INTERNO Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

El Enlace de Control Interno y Administración de Riesgos, realizará la evaluación del Reporte de Avances Trimestral del PTCI y elaborará el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará:

- I. Al Comité, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada trimestre, y
- II. La primera evaluación al reporte de avance trimestral del PTCI, se presentará en la segunda sesión ordinaria.

SECCIÓN IV

EVALUACIÓN DE LA CONTRALORÍA AL INFORME ANUAL Y PTCI

18. INFORME DE RESULTADOS.

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

- I. A la persona Titular de la Institución, a más tardar el último día hábil del mes de marzo, y
- II. Al Comité, en su primera sesión ordinaria.

19. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.

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

- I. La evaluación aplicada a la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;
- II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado;
- III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;
- IV. Conclusión y recomendaciones.

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

TÍTULO TERCERO
METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
CAPÍTULO I
PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

20. INICIO DEL PROCESO.

En los numerales anteriores se ha definido la forma de implementar el Sistema de Control Interno, para vigilar la coordinación, organización y ejecución correcta de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), con los que se sustenta el quehacer de la Institución y apoya a las tareas del bien hacer de la APM; pero dentro de estas acciones, en ocasiones por lo regular y de manera general se presentan riesgos o imprevistos en alguno de esos procesos, los cuales tendrán que administrarse con la finalidad de evitar una afectación mayor en dichos procesos. En el marco del *Sistema Nacional de Fiscalización (SNF) de la Auditoría Superior de la Federación (ASF)*, publicó una herramienta orientada a evaluar de manera “Metodológica” los riesgos que enfrenta cualquier gestión administrativa para el logro de sus objetivos, con la finalidad de incrementar la eficiencia, mediante la reducción de actos de corrupción con enfoque preventivo, disciplinado y sistemático; a continuación las y los responsables reconocerán la importancia de valorar los riesgos mediante la identificación de los factores de riesgo y el impacto para definir las estrategias de acción pertinentes por cada riesgo.

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año, con la conformación de un “Grupo de Trabajo” en el que participen las o los Titulares de las Unidades Administrativas de las Dependencias y Entidades, la persona Titular de la Contraloría, la o el Coordinador de Control Interno y las o los Enlaces de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

21. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA.

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente numeral, deberá tomarse como base específica aplicable a la Institución; misma que deberá estar debidamente autorizada por la persona Titular de la Institución, y documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos.

I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

Se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Considerar el Plan Municipal de Desarrollo, identificar y definir tanto las metas y objetivos como los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos,
- b) Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento, e
- c) Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción.

Lo anterior debe tener como propósito:

1. Asegurar que los objetivos, metas y procesos de la APM sean comprendidos y considerados por las o los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;
2. Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y
3. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la APM, para el adecuado análisis de los riesgos.

II. CONTEXTO.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

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

- b) Identificar, seleccionar y agrupar los enunciados definidos como supuestos en los procesos de la Institución, a fin de contar con un conjunto sistemático de eventos adversos de realización incierta que tienen el potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos.
- c) Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos.

III. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Identificación, selección y descripción de riesgos. Se realizará con base en las metas y objetivos y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos.

Algunas de las técnicas que se podrán utilizar en la identificación de los riesgos son: mapeo de procesos; análisis del entorno; lluvia de ideas; entrevistas; cuestionarios; análisis de indicadores de gestión, desempeño, análisis comparativo y registros tanto de riesgos materializados como de resultados.

Para la descripción de los riesgos se deberá considerar la siguiente estructura general: *Sustantivo, Verbo en Participio y, Adjetivo o Adverbio o Complemento Circunstancial Negativo.*

Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos.



a) Nivel de decisión del riesgo. Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo a lo siguiente:

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

c) Clasificación de los riesgos. Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo a la naturaleza de la Institución, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo: sustantivo; administrativo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC's; de salud; de corrupción y otros.

d) Identificación de factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la 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 funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.
- **TIC's:** 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 organización en la consecución de las metas y objetivos.
- **Entorno:** Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

e) Tipo de factor de riesgo: Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:

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

f) Identificación de los posibles efectos de los riesgos. Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos, en caso de materializarse el riesgo identificado;

g) Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (*valoración inicial*). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la siguiente escala de valor:

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Institución, y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental; así como, el deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos de la Institución.
9		

8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de 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 de la Institución.
5		
4	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen de la Institución, 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 Institución.
1		

h) Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (*valoración inicial*). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10, en función de los factores de riesgo, considerando las siguientes escalas de valor:

Escala de Valor	Probabilidad de Ocurrencia	Descripción
10	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia muy alta. Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%.
9		
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta. Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
7		
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media. Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
5		
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja. Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
3		
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.
1		

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

IV. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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: preventivo, correctivo y/o detectivo.

d) Identificar en los controles lo siguiente:

1. Deficiencia: Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:

- **Está documentado:** Que se encuentra descrito.
- **Está formalizado:** Se encuentra autorizado por servidor público facultado.
- **Se aplica:** Se ejecuta consistentemente el control, y
- **Es efectivo:** Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.

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

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

V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo. En esta etapa se realizará la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Institución de no responder adecuadamente ante ellos, considerando los siguientes aspectos:

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

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

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

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.

Para la valoración del impacto y de la probabilidad de ocurrencia antes y después de la evaluación de controles, la Institución podrá utilizar metodologías, modelos y/o teorías basadas en cálculos matemáticos, tales como puntajes ponderados, cálculos de preferencias, proceso de jerarquía analítica y modelos probabilísticos, entre otros.

VI. MAPA DE RIESGOS.

Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical. La representación gráfica del Mapa de Riesgos deberá contener los cuadrantes siguientes:

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

Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica. Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5;

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

Cuadrante IV. Riesgos 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.

VII. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE CONTROL PARA RESPONDER A LOS RIESGOS.

Se realizará considerando lo siguiente:

a) Las estrategias constituirán las opciones y/o 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. Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:

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 recibe 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. Esta estrategia cuenta con tres métodos:

- **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.
- **Aseguramiento:** Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

Hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible.

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

5. Compartir el riesgo. Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes Unidades Administrativas de la Institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

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.

c) Para los riesgos de corrupción que haya identificado la Institución, ésta deberá 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 la Institución.

22. DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

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

COMUNICACIÓN Y CONSULTA

Para la identificación de los riesgos de corrupción, la Institución deberá considerar los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, 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 pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a riesgos de corrupción.

EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES

Tratándose de los riesgos de corrupción no se tendrán en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidas en el inciso g) de la etapa de Evaluación de Riesgos, debido a que 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.

23. TOLERANCIA AL RIESGO.

La Administración deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por la Institución. En donde la tolerancia al riesgo se debe considerar como el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento cabal del objetivo estratégico, respecto de su grado real de cumplimiento. Una vez definidos los niveles de tolerancia, los responsables de cada riesgo deben supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia, mediante indicadores que para tal efecto establezcan, reportando en todo momento a la persona Titular de la Institución y a la o el Coordinador de Control Interno, en caso de que se exceda el riesgo el nivel de tolerancia establecido.

24. SERVICIOS TERCERIZADOS.

La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la Institución, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará al responsable del servicio, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar la implementación y operación de los controles, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el Control Interno de la Institución.

CAPÍTULO II

SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

25. PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR).

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará y concluirá el PTAR, a más tardar el último día hábil de diciembre de cada año, debidamente firmado por la persona Titular de la Institución, la o el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

- a) Los riesgos;
- b) Los factores de riesgo;
- c) Las estrategias para administrar los riesgos, y
- d) Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar:
 - Unidad administrativa;
 - Responsable de su implementación;
 - Las fechas de inicio y término, y
 - Medios de verificación.

26. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por la o el Coordinador de Control Interno de la Institución, con la finalidad de informar trimestralmente a la persona Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

- a) 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;
- b) 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 de Control Interno y Desempeño Institucional (COCODI);
- c) 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 Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
- d) La firma de la o el Coordinador de Control Interno.

La o el Coordinador de Control Interno de la Institución, deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR:

- a) Al Enlace de Control Interno y Administración de Riesgos, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para fines del informe de evaluación, y

b) Al Comité de Control Interno y Desempeño Institucional (COCODI), en las sesiones ordinarias como sigue:

1. Reporte de Avances del primer trimestre en la segunda sesión;
2. Reporte de Avances del segundo trimestre en la tercera sesión;
3. Reporte de Avances del tercer trimestre en la cuarta sesión, y
4. Reporte de Avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

27. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR.

La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por las personas servidoras públicas responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR y deberá ponerse a disposición de la Contraloría, cuando así lo requiera, a través del Enlace de Administración de Riesgos.

28. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ENLACE DE CONTROL INTERNO Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.

El Enlace de Control Interno y de Administración de Riesgos, presentará en las sesiones ordinarias del Comité de Control Interno y Desempeño Institucional (COCODI), su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR; el último informe trimestral, será considerado como el Informe Anual.

TÍTULO CUARTO

COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I

OBJETIVOS DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

29. DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ.

La persona Titular de la Institución integrará y encabezará el Comité de Control Interno y Desempeño Institucional (COCODI), el cual tendrá los siguientes objetivos:

- I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;

- II. Contribuir a la administración de riesgos con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;
- III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;
- IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;
- V. Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTCI y acciones de control del PTAR;
- VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de los Órganos de Fiscalización, atendiendo la causa raíz de las mismas;
- VII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución, y
- VIII. Agregar valor a la gestión, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten.

CAPÍTULO II

INTEGRACIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

30. DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.

Se constituirá un Comité de Control Interno y Desempeño Institucional (COCODI), en las Dependencias y Entidades, que será encabezado por la o el Presidente y la o el Coordinador de Control Interno, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

a) En las Dependencias:

- I. **Presidente:** Persona Titular de la Presidencia Municipal.
- II. **Coordinador de Control Interno:** Persona Titular de la Contraloría.
- III. **Vocales:**
 - 1. Persona Titular de la Sindicatura Municipal.

2. Persona responsable de los Programas Presupuestarios.
3. Secretario Técnico: la persona que funge como Enlace del Sistema de Control Interno y/o de Administración de Riesgos.
4. Secretario: la persona que funge como Enlace del Comité (con voz, pero sin voto).

b) En las Entidades:

I. Presidente: Persona Titular de la Entidad.

II. Coordinador de Control Interno: Persona designada por Titular de la Entidad de nivel jerárquico inmediato inferior.

III. Vocales:

1. Persona Titular del Área Jurídica.
2. Persona responsable de los Programas Presupuestarios.
3. Secretario Técnico: la persona que funge como Enlace del Sistema de Control Interno y/o de Administración de Riesgos.
4. Secretario: la persona que funge como Enlace del Comité (con voz, pero sin voto).

31. DE LAS O LOS INVITADOS.

Se podrán incorporar al Comité como invitadas/os:

- a) Las personas servidoras públicas de la APM, que están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución; y
- b) Las o los invitados señalados, participarán en el Comité con voz, pero sin voto, quienes podrán proponer a consideración del Comité, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos, a través de la Cédula de Problemáticas o de Situaciones Críticas, para su atención oportuna.
- c) Las y los Regidores del Honorable Ayuntamiento de Cuautlancingo, podrán incorporarse al Comité como invitadas o invitados, con voz, pero sin voto.

32. DE LOS SUPLENTE.

La persona Titular de la Presidencia del Comité de Control Interno y Desempeño Institucional (COCODI) en sus ausencias, podrá suplirse por el nivel jerárquico inmediato inferior, de manera permanente.

Las o los miembros propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inmediato inferior o hasta el nivel de jefatura, o en su caso será de manera permanente; quienes intervendrán en las ausencias de aquellos.

Para fungir como suplentes permanentes, las personas servidoras públicas deberán contar con la acreditación por escrito del miembro propietario dirigida a la o el Coordinador de Control Interno del Comité, de la que se dejará constancia en el acta correspondiente. Las o los suplentes permanentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a las o los propietarios.

CAPÍTULO III

ATRIBUCIONES DEL COMITÉ Y

FUNCIONES DE LAS O LOS MIEMBROS

33. DE LAS ATRIBUCIONES DEL COMITÉ.

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el Orden del Día;

II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:

a) El Informe Anual;

b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento;

c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados de la Contraloría derivado de la evaluación del Informe Anual, y

d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia;

III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:

a) La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;

b) El Reporte de Avances Trimestral del PTAR;

c) El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y

d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por la Contraloría u otras instancias de fiscalización.

IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño institucional, particularmente con respecto a:

- a) El análisis del cumplimiento de las metas y objetivos los programas presupuestarios;
- V. Aprobar acuerdos para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés, por conductas contrarias al Código de Ética, Reglas de Integridad y al Código de Conducta;
- VI. Informar el avance de los programas presupuestarios del ejercicio fiscal en curso de las Dependencia y Entidades, emitido por la Unidad Administrativa correspondiente, para establecer los acuerdos que procedan;
- VII. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;
- VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
- IX. Ratificar las actas de las sesiones, y
- X. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

34. DE LAS FUNCIONES DE LA PERSONA TITULAR DE LA PRESIDENCIA DEL COMITÉ.

La persona titular de la Presidencia del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Participar con voz y voto en las sesiones. En caso de empate contará con voto de calidad.
- II. Determinar conjuntamente con la o el Coordinador de Control Interno y la o el Secretario Técnico, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de las o los responsables de las áreas competentes de la Institución;
- III. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;
- IV. Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;
- V. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados;
- VI. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión.

35. DE LAS FUNCIONES DE LA O EL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO.

La o el Coordinador de Control Interno del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Previo al inicio de la sesión, revisar las acreditaciones de las o los miembros e invitados y verificar el quórum legal;

- II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;
- III. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de Orden del Día;
- IV. Revisar y validar, conjuntamente con la o el Enlace del Sistema de Control Interno y Administración de Riesgos, que la información fue integrada y capturada en la carpeta electrónica, para consulta de las o los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión;
- V. Presentar por sí, los riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos;
- VI. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por las o los titulares de las Unidades Administrativas responsables;
- VII. Solicitar a la o el Secretario del Comité, elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión a las o los miembros, y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo.

36. DE LAS FUNCIONES DE LA O EL SECRETARIO.

La o el Secretario Técnico del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Elaborar la propuesta de Orden del día de las sesiones, previa aprobación de la o el Coordinador de Control Interno;
- II. Requerir a las o los responsables de la información que compete a las Dependencias o Entidades para integrar las carpetas electrónicas de cada sesión, la cual deberá ser suficiente, adecuada y relevante.
- III. Registrar los acuerdos tomados en las sesiones que se realicen en tiempo y forma por las o los responsables.
- IV. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de las o los miembros e invitados; recabar las firmas correspondientes y llevar su control y resguardo.

CAPÍTULO IV POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SECCIÓN I DE LAS SESIONES

37. DEL TIPO DE SESIONES Y PERIODICIDAD.

El Comité celebrará cuatro sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de asuntos específicos relativos al desempeño institucional.

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del trimestre posterior al que se reporta, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de cada trimestre del ejercicio, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones.

38. DE LAS CONVOCATORIAS.

La convocatoria y la propuesta del Orden del Día, deberá ser enviada por la o el Coordinador de Control Interno, a las o los integrantes e invitados, con seis días hábiles de anticipación para sesiones ordinarias y de dos días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la disponibilidad de la carpeta electrónica.

Las convocatorias se podrán realizar por correo electrónico institucional, confirmando su recepción mediante acuse de recibo.

39. DEL CALENDARIO DE SESIONES.

El Calendario de Sesiones Ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior, en caso de modificación, la o el Coordinador de Control Interno, previa autorización de la persona titular de la Presidencia del Comité, informará a las o los integrantes e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

40. DEL DESARROLLO DE LAS SESIONES.

Las sesiones podrán llevarse a cabo de manera presencial o virtual a través de videoconferencia u otros medios similares que permitan analizar, plantear y discutir en tiempo real, los asuntos y sus alternativas de solución.

41. DEL QUÓRUM LEGAL.

El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participen la persona titular de la Presidencia del Comité (o suplente), y la o el Coordinador de Control Interno (o suplente).

Cuando no se reúna el quórum legal requerido, la o el Secretario levantará constancia del hecho y a más tardar el siguiente día hábil, convocará a las o los miembros para realizar la sesión dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse.

SECCIÓN II DE LA ORDEN DEL DÍA

42. DE LA ORDEN DEL DÍA.

En el Comité se analizarán los temas, programas o procesos que presenten retrasos en relación con lo programado al trimestre que se informa, derivados de los resultados presupuestarios, programáticos, financieros, operativos y administrativos; a efecto de determinar los acuerdos que consignen acciones, fechas y responsables de tomar decisiones para resolver las problemáticas y situaciones críticas para abatir el rezago informado, lo que conlleve a cumplir con las metas y objetivos, en particular sobre los aspectos relevantes vinculados con el desempeño institucional y lo relativo al cumplimiento de las principales acciones de mejora y de control comprometidas en los Programas de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos.

La Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;

II. Aprobación de la Orden del Día;

III. Seguimiento de Acuerdos. Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse la o el Coordinador de Control Interno determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones.

IV. Cédula de problemáticas o situaciones críticas. La cédula deberá ser elaborada por la o el Coordinador de Control Interno a sugerencia de las o los miembros o invitados del Comité, considerando, en su caso, la información que proporcionen las Unidades Administrativas, cuando existan o se anticipen posibles incumplimientos normativos y/o desviaciones negativas en programas presupuestarios o en cualquier otro tema vinculado al desempeño institucional, derivado de los cambios en el entorno interno o externo de la Institución, con el fin de identificar riesgos que no estén incluidos en la Matriz de Administración de Riesgos o bien debilidades de control interno adicionales a las obtenidas en la evaluación del control interno, que deban ser incorporadas y atendidas con acciones de mejora en el PTCI o en el PTAR.

V. Desempeño Institucional.

a) Programas Presupuestarios. Se deberán identificar e informar de los programas presupuestarios: el cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.

b) Pasivos contingentes. Es necesario que, en su caso, se informe al Comité sobre el impacto en el cumplimiento de metas y objetivos. Considerando que su materialización pudiera representar un riesgo financiero para la Institución e incidir de manera importante en su flujo de efectivo y ejercicio presupuestal (incluir los pasivos laborales y los correspondientes a juicios jurídico-contenciosos). En su caso, señalar las estrategias procesales para su atención, su avance y los abogados externos que están contratados su trámite correspondiente.

c) Plan Institucional de Tecnologías de Información. Informar, en su caso, de manera ejecutiva las dificultades o situaciones que causan problemas para su cumplimiento y las acciones de solución emprendidas.

Considerando la integración y objetivos del Comité, se deberá evitar la presentación en este apartado de estadísticas, aspectos y asuntos eminentemente informativos.

VI. Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés (CEPCI).

VII. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Presentación del Informe Anual de Resultados al SCII derivado de la autoevaluación y el PTCI Anual (en la Primera Sesión Ordinaria).

b) Reporte de Avances Trimestral del PTCI. - Se deberá incluir el total de acciones de mejora concluidas y su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno; así como las pendientes sin avance y el porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso;

c) Aspectos relevantes del Informe de verificación del Enlace de Control Interno y Administración de Riesgos al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

VIII. Proceso de Administración de Riesgos Institucional.

a) Presentación de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (en la Primera Sesión Ordinaria).

b) Reporte de Avances Trimestral del PTAR. - Se deberá incluir el total de acciones de control concluidas y su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance;

c) Aspectos relevantes del Informe de evaluación del Enlace de Control Interno y/o de Administración de Riesgos al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

IX. Aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad.

La presentación de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidades, así como de las observaciones determinadas por las instancias fiscalizadoras, puede significar que en la Institución existen debilidades o insuficiencias de control interno o actos contrarios a la integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión de la Institución, por lo que sólo deberá presentarse:

a) Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la Institución y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a las personas servidoras públicas de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas.

b) La descripción de las observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras, identificando las causas que las originan y acciones para evitar que se continúen presentando; así como, aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses, ya que su falta de atención y cumplimiento inciden mayormente en una eficiente gestión y adecuado desempeño institucional.

X. Asuntos Generales.

En este apartado se presentarán las dificultades o situaciones que causan problemas para ser analizadas e identificar las debilidades de control interno o riesgos, mismos que deberán ser revisados y tratados en la siguiente sesión del Comité.

XI. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus integrantes o miembros e invitados, podrán solicitar se incorporen a la Orden del Día asuntos trascendentales para el desarrollo.

SECCIÓN III. DE LOS ACUERDOS

43. REQUISITOS DE LOS ACUERDOS.

Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de los miembros deberán contemplar, como mínimo, los siguientes requisitos:

I. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Institución. Cuando la solución de la problemática de un acuerdo dependa de terceros ajenos a la Institución, las acciones se orientarán a la presentación de estudios o al planteamiento de alternativas ante las instancias correspondientes, sin perjuicio de que se efectúe su seguimiento hasta su total atención;

II. Precisar a las o los responsables de su atención;

III. Fecha perentoria para su cumplimiento, la cual no podrá ser mayor a seis meses, posteriores a la fecha de celebración de la sesión en que se apruebe a menos que por la complejidad del asunto se requiera de un plazo mayor, lo cual se justificará ante el Comité; y

IV. Determinar el impacto negativo de no cumplir el acuerdo en tiempo y forma, respecto de aspectos y programas sustantivos de la Institución.

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de las o los miembros asistentes, en caso de empate la persona titular de la Presidencia del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, la o el Coordinador de Control Interno dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

44. ENVÍO DE ACUERDOS PARA SU ATENCIÓN.

La o el Secretario del Comité, remitirá los acuerdos a las o los responsables de su atención, a más tardar cinco días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente.

45. REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS.

Para los acuerdos que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única vez, éste podrá aprobar una nueva fecha que preferentemente, no exceda de treinta días hábiles contados a partir del día siguiente al de la sesión. Se conservará en las documentales existentes la fecha inicial de atención.

SECCIÓN IV DE LAS ACTAS

46. REQUISITOS DEL ACTA.

Por cada sesión del Comité se levantará un acta que se sujetará a un consecutivo de página y contendrá al menos lo siguiente:

- I.** En la testa del acta, se identificará de tipo de sesión, número y fecha.
- II.** Nombres de las o los asistentes y cargos en Comité;
- III.** Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- IV.** Acuerdos aprobados, y
- V.** Firma autógrafa de las o los miembros del Comité, e invitados de la Institución que participen, sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

47. ELABORACIÓN DEL ACTA Y DE SU REVISIÓN.

La o el Secretario elaborará y remitirá a las o los miembros del Comité e invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, y se adjuntará toda la información generada como soporte.

Las o los miembros del Comité e invitados revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios al Secretario dentro de los 5 días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos se tendrá por aceptado el proyecto y recabará las firmas a más tardar veinte días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

SECCIÓN V

DE LA CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES

48. DE LA CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES.

La carpeta electrónica deberá estar integrada a más tardar en la fecha que se remita la convocatoria y contendrá la información del periodo trimestral acumulado al año que se reporta, relacionándola con los conceptos y asuntos de la Orden del Día.

A fin de favorecer la toma de decisiones, se podrá incorporar información actualizada posterior al cierre trimestral, excepto cuando se trate de información programática, presupuestaria y financiera del cierre del ejercicio fiscal, la cual se presentará en la primera sesión ordinaria del Comité de cada ejercicio.

ARTÍCULO TERCERO.

La interpretación para efectos administrativos de los presentes Lineamientos, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la Contraloría.

ARTÍCULO CUARTO.

La Contraloría, vigilará el cumplimiento por lo dispuesto en los presentes Lineamientos y otorgará la asesoría y apoyo que corresponda a las o los Titulares y demás personas servidoras públicas de la Institución para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Los presentes Lineamientos entrarán en vigor una vez que sean autorizados por el Honorable Cabildo y sean publicados en la Gaceta Municipal del H. Ayuntamiento de Cuautlancingo, Puebla.

SEGUNDO. Los acuerdos del Comité de Control, Desempeño Institucional y Administración de Riesgos, que a la fecha de entrada en vigor de este ordenamiento se encuentren pendientes, se les dará seguimiento para su atención de conformidad con lo establecido en estos Lineamientos.

TERCERO. El cumplimiento a lo establecido en los presentes Lineamientos, se realizará con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y presupuestarios que tengan asignados las Dependencias y Entidades, por lo que no implicará la creación de estructuras ni la asignación de recursos adicionales.

CUARTO. Se dejan sin efectos los “LINEAMIENTOS DE APLICACIÓN DEL MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA EL H. AYUNTAMIENTO DE CUAUTLANCINGO, PUEBLA”, aprobados el 18 de julio del 2023, en sesión extraordinaria del Honorable Cabildo del Ayuntamiento de Cuautlancingo, Puebla.