



**CONTRALORÍA  
MUNICIPAL**

GOBIERNO DE  
SAN PEDRO CHOLULA  
2021-2024

# DISPOSICIONES GENERALES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL



GOBIERNO DE  
**SAN PEDRO  
CHOLULA**



**DISPOSICIONES GENERALES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA  
LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL DE SAN PEDRO CHOLULA**

**ÍNDICE**

**TÍTULO PRIMERO**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO I**

**OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES**

1. BASE DE REFERENCIA, OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

2. DEFINICIONES

**CAPÍTULO II**

**RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA**

3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN

4. ESTRUCTURA DEL SCIIM Y DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES

5. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA



## **TÍTULO SEGUNDO**

### **MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO**

#### **CAPÍTULO I**

##### **ESTRUCTURA DEL MODELO**

6. CATEGORÍAS DEL OBJETIVO DEL CONTROL INTERNO

7. NORMAS GENERALES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE CONTROL INTERNO

#### **CAPÍTULO II**

##### **RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL MUNICIPAL (SCIIM)**

8. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES

#### **CAPÍTULO III**

##### **EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL MUNICIPAL (SCIIM)**

##### **SECCIÓN I**

##### **EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL MUNICIPAL**

9. DE LA EVALUACIÓN DEL SCIIM

10. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES



## **SECCIÓN II**

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

11. DE SU PRESENTACIÓN

12. DE LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN

13. DE LA SOLICITUD DEL INFORME ANUAL EN FECHA DISTINTA

## **SECCIÓN III**

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

14. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA

15. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI

16. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI

17. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI

## **SECCIÓN IV**

### **EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL INFORME ANUAL Y PTCI**



18. INFORME DE RESULTADOS

19. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU  
ELABORACIÓN

**TÍTULO TERCERO**

**METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**CAPÍTULO I**

**PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

20. INICIO DEL PROCESO

21. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA

22. DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN

23. TOLERANCIA AL RIESGO

24. SERVICIOS TERCERIZADOS

**CAPÍTULO II**

**SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

25. PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE  
RIESGOS



26. REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR

27. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR

28. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR

29. DEL REPORTE ANUAL DEL COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.

## **TÍTULO CUARTO**

### **COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**

#### **CAPÍTULO I**

##### **DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ**

30. DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ

#### **CAPÍTULO II**

##### **DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ**

31. DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

32. DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA

33. DE LOS INVITADOS



## 34. DE LOS SUPLENTES

### **CAPÍTULO III**

#### **ATRIBUCIONES DEL COMITÉ Y FUNCIONES DE LOS MIEMBROS**

##### 35. DE LAS ATRIBUCIONES DEL COMITÉ

##### 36. DE LAS FUNCIONES DEL COORDINADOR GENERAL DE CONTROL INTERNO.

##### 37. DE LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS

##### 38. DE LAS FUNCIONES DEL VOCAL EJECUTIVO

##### 39. DE LAS FUNCIONES DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA

### **CAPÍTULO IV**

#### **POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

##### **SECCIÓN I**

##### **DE LAS SESIONES**

##### 40. DEL TIPO DE SESIONES Y PERIODICIDAD

##### 41. DE LAS CONVOCATORIAS

##### 42. DEL CALENDARIO DE SESIONES



43. DEL DESARROLLO DE LAS SESIONES Y REGISTRO DE ASISTENCIA

44. DEL QUÓRUM LEGAL

**SECCIÓN II  
DE LA ORDEN DEL DÍA**

45. DE LA ORDEN DEL DÍA

**SECCIÓN III  
DE LOS ACUERDOS**

46. REQUISITOS DE LOS ACUERDOS

47. ENVÍO DE ACUERDOS PARA SU ATENCIÓN

48. ACUERDOS RELEVANTES DEL CONOCIMIENTO DE INSTANCIAS SUPERIORES

49. REPROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN DE ACUERDOS

**SECCIÓN IV  
DE LAS ACTAS**

50. REQUISITOS DEL ACTA

51. ELABORACIÓN DEL ACTA Y DE SU REVISIÓN





**CONTRALORÍA  
MUNICIPAL**

Gobierno de  
SAN PEDRO CHOLULA  
2021-2024

## **SECCIÓN V**

### **DE LA CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES**

#### **52. DE LA CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES**





Recogiendo los contenidos normativos establecidos en el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno de la Secretaría de la Función Pública, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 3 de noviembre de 2016, el Acuerdo de la Secretaría de la Función Pública del Gobierno del Estado, por el que emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Estatal en materia de Control Interno para el Estado de Puebla publicado con fecha 22 de mayo del 2020; y con fundamento en los artículos 105 fracción III de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla; 78 fracción IV, 83, 84, 168 y 169 fracciones I y V de la Ley Orgánica de Municipal; y 12 fracción II del Reglamento Interior de la Contraloría Municipal del H. Ayuntamiento del Municipio de San Pedro Cholula; se expiden los presentes:

## **DISPOSICIONES GENERALES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL DE SAN PEDRO CHOLULA**

### **TÍTULO PRIMERO**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

### **CAPÍTULO I**

### **OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES**

**1. BASE DE REFERENCIA, OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.** Las presentes disposiciones son de observancia obligatoria para las y los Titulares y demás Servidores/as Públicos/as de las Dependencias y Entidades del H. Ayuntamiento del Municipio de San Pedro Cholula, quienes en sus respectivos niveles de control establecerán, actualizarán, evaluarán y supervisarán el funcionamiento del Sistema de Control Interno Institucional Municipal (SCIIM), tomando como referencia el Marco Integrado de Control Interno (MICI) del Sistema Nacional de Fiscalización (SNF) y como base las presentes Disposiciones así como ordenarán las acciones para su mejora continua, además de instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para su debido cumplimiento.



Por lo que, estas disposiciones tienen por objeto establecer las disposiciones que las Dependencias y Entidades del H. Ayuntamiento del Municipio de San Pedro Cholula deberán observar para la implementación, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua del Sistema de Control Interno Institucional Municipal.

Cuando por exigencias de construcción gramatical, de enumeración, de orden, o por otra circunstancia cualquiera, el texto del Reglamento use o dé preferencia al género masculino, o haga acepción de sexo que pueda resultar susceptible de interpretarse en sentido restrictivo contra la mujer, éste deberá interpretarse en sentido igualitario para hombres y mujeres.

**2. DEFINICIONES.** Para efectos de los presentes Lineamientos se deberá entender por:

**I. Acción (es) de control:** Aquellas acciones que sean determinadas e implementadas por las y los Titulares y demás servidores/as públicos/as de la Administración Pública Municipal para alcanzar las metas y 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 los Titulares y demás servidores públicos de la Administración 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 Municipal;

**III. Administración:** Las y los servidores públicos de mandos directivos y operativos diferentes a la o el Titular de la Dependencia o Entidad;

**IV. Administración de Riesgos:** Es el proceso dinámico que se realiza para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes, pertinentes o asociados a los procesos y procedimientos por los cuales ejerce sus funciones la Administración Pública Municipal, así como los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad



de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;

**V. APM:** Administración Pública Municipal;

**VI. Ambiente de control:** Se denomina al procedimiento por el que se establecen las normas, lineamientos, manuales, procesos y estructuras que proporcionan la base para llevar a cabo el control interno en todas las áreas de la Administración Pública Municipal

**VII. Análisis de riesgo.** Es el proceso por el que la información generada por cada una de las dependencias que conforman la Administración Pública Municipal se clasifica e interpreta con el criterio de probabilidad (casi improbable, poco probable, probable, moderadamente probable, casi cierto) mismo que determinará el grado de ejecución por el que la dependencia debe actuar y reducir la vulnerabilidad del riesgo determinado;

**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 Municipal;

**IX. Autocontrol:** La implementación 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 institucionales;

**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. Control correctivo (después):** Es 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;

**XIV. Control detectivo (durante):** Es el mecanismo específico de control que operan en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya el proceso.

**XV. Control Interno:** proceso efectuado por las y los Titulares y la Administración Pública Municipal, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad;

**XVI. Control preventivo (previo):** Es el mecanismo específico de control que tiene como propósito anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas y que afectan el logro de las metas y objetivos institucionales;

**XVII. Contraloría:** La Contraloría Municipal del Honorable Ayuntamiento del Municipio de San Pedro Cholula;

**XVIII. Debilidad (es) de control interno:** La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional Municipal, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de la Contraloría;



**XIX. Dependencia (s):** La o las que integran la Administración Pública Municipal Centralizada del Honorable Ayuntamiento del Municipio de San Pedro Cholula;

**XX. Disposiciones:** Las Disposiciones Generales en Materia De Control Interno para la Administración Pública Municipal de San Pedro Cholula y el Manual o manuales que de estas puedan derivar;

**XXI. 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;

**XXII. Eficacia:** El cumplimiento de las metas y objetivos establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;

**XXIII. Eficiencia:** El logro de las metas y objetivos programadas con la misma o menor cantidad de recursos;

**XXIV. Elementos de control:** Los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada Dependencia en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;

**XXV. Entidad (es):** Los Organismos Públicos Descentralizado, las Empresas con Participación Municipal Mayoritaria y los Fideicomisos que integran la Administración Pública Municipal Descentralizada en términos de la Ley Orgánica Municipal;

**XXVI. Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional Municipal:** El proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen las Normas Generales de Control Interno, sus principios y elementos, en sus tres niveles de responsabilidad: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías



**XXVII. Factor (es) de riesgo:** La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;

**XXVIII. 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 de la Dependencia o Entidad, 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;

**XXIX. Impacto o efecto:** Las consecuencias negativas que se generarían en la Dependencia o Entidad, en el supuesto de materializarse el riesgo;

**XXX. Informe Anual:** El Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional Municipal;

**XXXI. Líneas de reporte:** Las líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la organización 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 en las Dependencias y Entidades, considerando las etapas de la metodología de administración de riesgos;



**XXXIV. Medios de Verificación:** Es el respaldo documental que soporta los avances en las acciones de control y seguimiento en la administración de las Matrices de Administración de Riesgos;

**XXXV. MICI:** Marco Integral de Control Interno;

**XXXVI. 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 las dependencias y entidades; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño Institucional;

**XXXVII. Mejora continua:** al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno Municipal; 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;

**XXXVIII. 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 Municipal;

**XXXIX. Normas de Conducta:** Los preceptos que se fundamentan en el deber público y que busca en toda decisión y acción, la prevalencia del bienestar de la sociedad en coordinación con los objetivos del Municipio, de las Dependencias y Entidades y de la responsabilidad de la persona ante éstos.

**XL. Objetivos institucionales:** Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Municipal de Desarrollo de San Pedro Cholula 2021-2024, 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;





**XXI. Órgano de Gobierno:** El cuerpo colegiado de la administración de las Entidades de conformidad con el artículo 128 de la Ley Orgánica Municipal;

**XXII. Procesos administrativos:** Aquellos necesarios para la gestión interna de la institución que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya que dan soporte a los procesos sustantivos;

**XXIII. Probabilidad de ocurrencia:** La estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;

**XXIV. Procesos sustantivos:** Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la institución, es decir, con el cumplimiento de su misión;

**XXV. Programa presupuestario:** La categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas;

**XXVI. PTAR:** El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

**XXVII. PTCI:** Programa de Trabajo de Control Interno;

**XXVIII. Riesgo: el evento adverso e incierto (externo o interno):** que derivado de la combinación de sus probabilidades de ocurrencia y el posible impacto pudiera obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales;

**XXIX. 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 una institución, 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;

**L. Seguridad razonable:** el alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos institucionales serán alcanzados;

**LI. Servidor Público:** A la persona que desempeña un empleo, cargo o comisión en las Dependencias y Entidades, conforme a lo dispuesto en el artículo 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

**LII. Sesión (es) virtual (es):** La celebrada a través de medios electrónicos de comunicación a distancia que permiten la transmisión simultánea de voz e imagen;

**LIII. Sistema de Control Interno Institucional Municipal o SCIIM:** El conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por la Dependencia o Entidad 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;

**LIV. Sistema de información:** El conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control dentro del Municipio;

**LV. TIC's:** las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;

**LVI. Unidades administrativas:** las comprendidas en el reglamento interior, estatuto orgánico y/o estructura orgánica básica de la Administración Pública Municipal responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente; y



**LVII. Valoración de riesgo:** Es la jerarquización de las amenazas o factores adversos, dando prioridad a las que presentan una mayor exposición negativa para el Municipio (riesgo alto, importante, significativo, bajo).

## **CAPÍTULO II**

### **RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA**

**3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.** Será responsabilidad de la Contraloría, las y los Titulares de las Dependencias y Entidades y demás servidores/as públicos/as de la Administración Municipal establecer, actualizar y mantener en operación el SCIIM, tomando como base las presentes disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes (operación, información y cumplimiento).

En la implementación, actualización y mejora del SCIIM, 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 del Ayuntamiento-

Para efectos de la implementación del SCIIM, las y los servidores públicos de las Dependencias y Entidades tendrán diversos niveles de responsabilidad conforme a lo siguiente:

**a) Estratégico:** Corresponde a las y los servidores públicos del primer orden jerárquico, lograr la misión, visión, metas y objetivos;

**b) Directivo:** Corresponde a las y los servidores públicos del segundo y tercer orden jerárquico, dirigir la operación de los procesos y programas correctamente; y



**c) Operativo:** Corresponde a las y los servidores públicos del cuarto y quinto orden jerárquico, ejecutar las acciones y tareas requeridas en los distintos procesos de manera efectiva.

#### **4. ESTRUCTURA DEL SCIIM Y DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES.** El SCIIM, tendrá la siguiente estructura;

**I.** Un Coordinador General de Control Interno;

**II.** Un Vocal Ejecutivo;

**III.** Coordinadores de Control Interno, y

**IV.** Enlaces de Control y Administración de Riesgos.

Para la conformación del SCIIM, es necesario que cada Titular de una Dependencia, o en su caso Entidad, designe a un servidor/a público/a de nivel Directivo como Coordinador/a de Control Interno, para asistirlo/a en la aplicación y seguimiento de las presentes disposiciones.

Asimismo, el nombrado Coordinador de Control Interno, designará a tantos Enlaces de Control y Administración de Riesgos como sean necesarios, para cada uno de los procesos contemplados en este instrumento, quien deberá tener un nivel jerárquico inferior a este y tener conocimiento de los procesos a cargo de dicha Dependencia.

La designación se deberá informar mediante oficio a la Contraloría, así como los cambios en las designaciones, que se deberán informar dentro de los 5 días hábiles posteriores a que se efectúen.

**5. DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.** Recaerá en la Contraloría la vigilancia, implementación y aplicación adecuada de las presentes disposiciones, quien



determinará discrecionalmente los mecanismos necesarios para su ejercicio y otorgará la asesoría y apoyo que corresponda a las y los Titulares y demás servidores/as públicos/es de las Dependencias y Entidades para la implementación del SCIIM.

Recaerá en la Contraloría, la interpretación de las presentes disposiciones.

La Contraloría, el Coordinador General de Control Interno, los Coordinadores de Control Interno de las Dependencias o Entidades y en su caso, los Enlaces de Control y Administración de Riesgos deberán orientar a los titulares de las demás áreas, y demás servidores públicos, para mantener un control interno eficaz y eficiente.

## **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 metas y objetivos institucionales dentro de las siguientes categorías:

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

**II. Información:** confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación;

**III. Cumplimiento:** observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Dependencias y Entidades, y



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

Estas categorías son distintas, pero interactúan creando sinergias que favorecen el funcionamiento de la Dependencia o Entidad para lograr su misión y mandato legal. Un objetivo particular puede relacionarse con más de una categoría, resolver diferentes necesidades y ser responsabilidad directa de diversos servidores/as públicos/as.

Las y los servidores públicos son los que propician que el control interno funcione. La o el Titular es responsable de asegurar, con el apoyo de la APM y el establecimiento de líneas de responsabilidad, que su Dependencia o Entidad cuenta con un control interno apropiado, lo cual significa que el control interno:

- Es acorde con el tamaño, estructura, circunstancias específicas y mandato legal de la Dependencia;
- Contribuye de manera eficaz, eficiente y económica a alcanzar las tres categorías de objetivos (operación, información, y cumplimiento); y
- Asegura de manera razonable, la salvaguarda de los recursos públicos, la actuación honesta de todo el personal y la prevención de actos de corrupción

**7. NORMAS GENERALES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE CONTROL INTERNO.** Las Normas Generales de Control Interno y sus principios que deberán ser observados por las Dependencias y Entidades, a través de las y los Titulares y de las y los servidores públicos que se ubiquen en los diversos niveles de responsabilidad, para establecer el SCIIM son las siguientes:

## **I. AMBIENTE DE CONTROL.**





Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un sistema de control interno eficaz e influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control. Para la aplicación de esta norma, los titulares de las Dependencias de la APM y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán establecer y mantener un ambiente de control en toda la institución, 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:

**1.** Mostrar actitud de respaldo y compromiso. Los Titulares de las dependencias de la Administración deben tener una actitud de compromiso en lo general con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y actos contrarios a la integridad y en lo particular con lo dispuesto en el Código de Ética de la Administración Pública del Municipio de San Pedro Cholula y el Código de Conducta para Administración Pública del Municipio de San Pedro Cholula.

#### **Actitud de Respaldo del Titular y la Administración.**

**1.01** Tanto el presidente municipal, como todos los integrantes de la APM y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.

**1.02** Tanto el presidente municipal, como todos los integrantes de la APM y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución. En instituciones grandes, los distintos niveles administrativos en la estructura organizacional también deben establecer la “actitud de respaldo de la Administración”.

**1.03** Las directrices, actitudes y conductas tanto del presidente municipal, como todos los integrantes de la APM y, en su caso, del Órgano de Gobierno deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en el Ayuntamiento.



**1.04** La actitud de respaldo de los Titulares y la Administración puede ser un impulsor, como se muestra en los párrafos anteriores, o un obstáculo para el control interno y su implementación.

### **Normas de Conducta.**

**1.05** La APM debe establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.

**1.06** La Administración, con la supervisión del Coordinador General de Control Interno, en su caso, del Órgano de Gobierno, debe definir las expectativas que guarda el ayuntamiento respecto de los valores éticos en las normas de conducta.

### **Apego a las Normas de Conducta.**

**1.07** La Administración debe establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de conducta del municipio y atender oportunamente cualquier desviación identificada.

**1.08** La Administración debe utilizar las normas de conducta como base para evaluar el apego a la integridad y los valores éticos.

**1.09** La Administración debe determinar el nivel de tolerancia para las desviaciones. Puede establecer un nivel de tolerancia cero para el incumplimiento de ciertas normas de conducta, mientras que el incumplimiento de otras puede atenderse mediante llamadas de atención u otros mecanismos disciplinarios a los Servidores Públicos, siempre atendiendo el incumplimiento a las normas correspondientes.

Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.





**1.10** La Administración debe articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de una línea ética o mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en la institución, como parte del componente de administración de riesgos (con todos los elementos incluidos en dicho componente).

Cumplimiento, Supervisión y Actualización Continua del Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.

**1.11** La Administración debe asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada del programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad, medir si es suficiente y eficaz, y corregir sus deficiencias con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas a que esté sujeta.

**2.** Ejercer la responsabilidad de vigilancia. El Coordinador General de Control Interno, y, en su caso, el Órgano de Gobierno, es responsable de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto:

### **Estructura de Vigilancia.**

**2.01** El Coordinador General de Control Interno o, en su caso, el Órgano de Gobierno, es responsable de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características del Ayuntamiento.

Responsabilidades del Coordinador General de Control Interno o, en su caso, del Órgano de Gobierno.



**2.02** El Coordinador General de Control Interno o, en su caso, el Órgano de Gobierno, deben vigilar las operaciones de la institución, ofrecer orientación constructiva a la Administración y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que la institución logre sus objetivos en línea con el programa de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

### **Requisitos de un Órgano de Gobierno o del Coordinador General de Control Interno.**

**2.03** En la selección Coordinador General de Control Interno y, en su caso, de los miembros del Órgano de Gobierno, se debe considerar el conocimiento necesario respecto de la APM, los conocimientos especializados pertinentes, el número de miembros con que contará el Órgano de Gobierno y su neutralidad, independencia y objetividad técnica requeridos para cumplir con las responsabilidades de vigilancia en el Ayuntamiento.

**2.04** El Coordinador General de Control Interno o, en su caso, los miembros del Órgano de Gobierno deben comprender los objetivos de la institución, sus riesgos asociados y las expectativas de sus grupos de interés.

**2.05** El Coordinador General de Control Interno o, en su caso, los miembros del Órgano de Gobierno deben demostrar además la pericia requerida para vigilar, deliberar y evaluar el control interno del Ayuntamiento.

**2.06** En la determinación del número de miembros que componen al Órgano de Gobierno, en su caso, se debe considerar la necesidad de incluir personal con otras habilidades especializadas, que permitan la discusión, ofrezcan orientación constructiva al titular de cada área y favorezcan la toma de decisiones adecuadas.

**2.07** El Ayuntamiento debe considerar la inclusión de miembros independientes en el Órgano de Gobierno, en su caso, y cuando las disposiciones jurídicas y normativas aplicables lo permitan.

### **Vigilancia General del Control Interno.**

**2.08** El Coordinador General de Control Interno o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del control interno realizado por las unidades administrativas y las entidades, respectivamente.

La Contraloría, como rectora de la política de Control Interno dentro del municipio, puede en cualquier momento realizar la vigilancia respecto de una o varias unidades administrativas o entes públicos, y en su caso podrá diseñar, implementar u operar los mecanismos de control que, bajo su criterio, considere pertinentes para solventar alguna problemática específica o general en materia de control interno.

Las responsabilidades del Coordinador General de Control Interno del Órgano de Gobierno respecto del control interno son, entre otras, las siguientes:

**Ambiente de Control.** Establecer y promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, así como la estructura de vigilancia, desarrollar expectativas de competencia profesional y mantener la rendición de cuentas ante el Titular o, en su caso, todos los miembros del Órgano de Gobierno y de las principales partes interesadas.

**Administración de Riesgos.** Vigilar la evaluación de los riesgos que amenazan el logro de las metas y objetivos institucionales, incluyendo el impacto potencial de los cambios significativos, la corrupción y la elusión (omisión) de controles por parte de cualquier Servidor Público.

**Actividades de Control.** Vigilar a la Administración en el desarrollo y ejecución de las actividades de control.

**Información y Comunicación.** Analizar y discutir la información relativa al logro de las metas y objetivos institucionales.



Supervisión. Examinar la naturaleza y alcance de las actividades de supervisión de la Administración, así como las evaluaciones realizadas por la misma y las acciones correctivas implementadas para remediar las deficiencias identificadas.

### **Corrección de deficiencias.**

**2.09** Tanto el presidente municipal, como todos los integrantes de la APM o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe proporcionar información a la Administración para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

**2.10** La Administración debe informar a la Contraloría y al Coordinador de Control Interno y en su caso, al Órgano de Gobierno, sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas, así como las propuestas para solucionarlas.

**2.11** Tanto el presidente municipal, como todos los integrantes de la APM o, en su caso, el Órgano de Gobierno es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar la información del seguimiento dado a la Contraloría, dentro de los plazos que esta fije para corregirlas.

### **3. Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad.**

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 institucionales, preservar la integridad y rendir cuentas de los resultados alcanzados:

### **Estructura Organizacional.**

**3.01** El Titular debe instruir a la Administración y, en su caso, a las unidades especializadas, el establecimiento de la estructura organizacional necesaria para



permitir la planeación, ejecución, control y evaluación de la institución en la consecución de sus objetivos.

**3.02** La Administración debe desarrollar y actualizar la estructura organizacional con entendimiento de las responsabilidades generales, y debe asignarlas a las distintas unidades para que el Municipio alcance sus objetivos de manera eficiente, eficaz y económica; brinde información confiable y de calidad; cumpla con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, y prevenga, disuada y detecte actos contrarios a la integridad.

**3.03** Como parte del establecimiento de una estructura organizacional actualizada, la Administración debe considerar el modo en que las unidades interactúan a fin de cumplir con sus responsabilidades.

**3.04** La Administración debe evaluar periódicamente la estructura organizacional para asegurar que se alinea con los objetivos institucionales y que ha sido adaptada y actualizada a cualquier objetivo emergente, como nuevas leyes o regulaciones.

#### **Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad.**

**3.05** Para alcanzar los objetivos institucionales, el Presidente Municipal o en su caso, el Órgano de Gobierno debe asignar responsabilidad y delegar autoridad a los puestos clave a lo largo del Ayuntamiento.

**3.06** El Ayuntamiento debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada unidad, debe determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas y debe establecer dichos puestos.

**3.07** El Presidente Municipal o en su caso, el Órgano de Gobierno debe determinar qué nivel de autoridad necesitan los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.

Documentación y Formalización del Control Interno.



**3.08 El Ayuntamiento debe desarrollar y actualizar la documentación y formalización de su control interno.**

**3.09** La documentación y formalización efectiva del control interno apoya al Ayuntamiento en el diseño, implementación, operación y actualización de éste, al establecer y comunicar al personal el cómo, qué, cuándo, dónde y por qué del control interno.

**3.10** La APM debe documentar y formalizar el control interno para satisfacer las necesidades operativas del Ayuntamiento.

La documentación de controles, incluidos los cambios realizados a éstos, es evidencia de que las actividades de control son identificadas, comunicadas a los responsables de su funcionamiento y que pueden ser supervisadas y evaluadas por la institución.

**3.11** La extensión de la documentación necesaria para respaldar el diseño, implementación y eficacia operativa de las cinco Normas Generales de Control Interno depende del juicio de la APM, del mandato institucional y de las disposiciones jurídicas aplicables.

**4.** Demostrar compromiso con la competencia profesional. La APM es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo:

**Expectativas de Competencia Profesional.**

**4.01** La Administración debe establecer expectativas de competencia profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar a la institución a lograr sus objetivos.





**4.02** La Administración debe contemplar los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada al establecer expectativas de competencia profesional para los puestos clave y para el resto del personal, a través de políticas al interior del SCIIM.

**4.03** El personal debe poseer y mantener un nivel de competencia profesional que le permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia y eficacia del control interno. La Administración debe evaluar la competencia profesional del personal en toda la institución.

#### **Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales.**

**4.04** La APM debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos del Ayuntamiento. Por lo tanto, debe seleccionar y contratar, capacitar, proveer orientación en el desempeño, motivación y reforzamiento del personal.

#### **Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias.**

**4.05** La Administración debe definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos.

**4.06** La Administración debe seleccionar y capacitar a los candidatos que asumirán los puestos clave. Si la Administración utiliza servicios tercerizados para cumplir con las responsabilidades asignadas a puestos clave, debe evaluar si éstos pueden continuar con los puestos clave y debe identificar otros servicios tercerizados para tales puestos.

**4.07** La Administración debe definir los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación.

**5.** Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas. La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en el Ayuntamiento y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en el SCIIM:

Establecimiento de la Estructura para Responsabilizar al Personal por sus Obligaciones de Control Interno.

**5.01** La Administración debe establecer y mantener una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones específicas en materia de control interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. El COCODI, los titulares de las dependencias o en su caso, el Órgano de Gobierno debe evaluar y responsabilizar a la Administración Municipal por el desempeño de sus funciones en materia de control interno.

**5.02** En caso de que la Administración Municipal establezca incentivos para el desempeño del personal, debe reconocer que tales estímulos pueden provocar consecuencias no deseadas, por lo que debe evaluarlos a fin de que se encuentren alineados a los principios éticos y normas de conducta de la institución.

**5.03** La Administración del Municipio debe responsabilizar a las organizaciones de servicios que contrate por las funciones de control interno relacionadas con las actividades tercerizadas que realicen.

**5.04** La Administración Municipal, bajo la supervisión del COCODI, del Coordinador General de Control Interno, los titulares de las Dependencias o, en su caso, del Órgano de Gobierno, debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas.

**Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal.**



**5.05** La APM debe equilibrar las presiones excesivas sobre el personal de la institución.

**5.06** La Administración es responsable de evaluar las presiones sobre el personal para ayudar a los empleados a cumplir con sus responsabilidades asignadas, en alineación con las normas de conducta, los principios éticos y el programa de promoción de la integridad.

## **II. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**

Es el proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato del Ayuntamiento, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos, prevenir y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas. Para la aplicación de esta norma, el Coordinador General de Control Interno, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto con el Comité y en su caso la Contraloría, de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

**6. Definir Metas y Objetivos institucionales.** El Presidente Municipal con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos, a través de un plan estratégico que de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación al Plan Municipal de Desarrollo y todos aquellos que de él se deriven:

### **Definición de Objetivos.**

**6.01** La APM debe definir objetivos en términos específicos y medibles para permitir el diseño del control interno y sus riesgos asociados.



**6.02** La APM debe definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles en la institución. La definición de los objetivos debe realizarse en alineación con el mandato, la misión y visión institucional, con su plan estratégico y con otros planes y programas aplicables, así como con las metas de desempeño.

**6.03** La APM debe definir objetivos en términos medibles cuantitativa y/o cualitativamente de manera que se pueda evaluar su desempeño.

**6.04** La APM debe considerar los requerimientos externos y las expectativas internas al definir los objetivos que permiten el diseño del control interno.

**6.05** La APM debe evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas de la institución, así como con el Plan Municipal de Desarrollo y demás planes, programas y disposiciones aplicables.

**6.06** La Administración debe determinar si los instrumentos e indicadores de desempeño para los objetivos establecidos son apropiados para evaluar el desempeño de la Administración Municipal.

**7.** Identificar, analizar y responder a los riesgos. La APM debe identificar riesgos en todos los procesos institucionales, analizar su relevancia y diseñar acciones suficientes para responder a éstos y asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados al personal del Ayuntamiento, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas:

#### **Identificación de Riesgos.**

**7.01** La APM debe diseñar respuestas a los riesgos analizados de tal modo que éstos se encuentren debidamente controlados para asegurar razonablemente el cumplimiento de sus objetivos.



**7.02** Con base en la respuesta al riesgo seleccionada, la APM debe diseñar acciones específicas de atención, como un Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), el cual proveerá mayor garantía de que el Ayuntamiento alcanzará sus objetivos. La APM debe efectuar evaluaciones periódicas de riesgos con el fin de asegurar la efectividad de las acciones de control propuestas para mitigarlos.

**8.** Considerar el Riesgo de Corrupción. La APM, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los 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, trámites y servicios internos y externos:

### **Tipos de Corrupción.**

**8.01** La APM debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la institución, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. Entre los tipos de corrupción más comunes se encuentran:

Informes Financieros Fraudulentos. Consistentes en errores intencionales u omisiones de cantidades o revelaciones en los estados financieros para engañar a los usuarios de los estados financieros.

Apropiación indebida de activos. Entendida como el robo de activos del Ayuntamiento Esto podría incluir el robo de la propiedad, la malversación de los ingresos o pagos fraudulentos.

Conflicto de interés. Cuando los intereses personales, familiares o de negocios de un servidor público puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, comisiones o funciones.

Utilización de los recursos asignados y las facultades atribuidas para fines distintos a los legales.



Pretensión del servidor público de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la Institución le otorga por el desempeño de su función.

Participación indebida del servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para un tercero.

Aprovechamiento del cargo o comisión del servidor público para inducir a que otro servidor público o tercero efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para un tercero.

Coalición con otros servidores públicos o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas, o impedir la prestación de un servicio público.

Intimidación del servidor público o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.

Tráfico de influencias. Consistente en que el servidor público utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otro servidor público efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte.

Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. Cuando en el ejercicio de sus funciones, el servidor público llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.



Peculado. Cuando el servidor público autorice, solicite o realice actos para el uso o apropiación para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte, de recursos públicos, sean materiales, humanos o financieros, sin fundamento jurídico o en contraposición a las normas aplicables.

**8.02** Además de la corrupción, la APM debe considerar que pueden ocurrir otras transgresiones a la integridad, por ejemplo: el desperdicio de recursos de manera exagerada, extravagante o sin propósito; o el abuso de autoridad; o el uso del cargo para la obtención de un beneficio ilícito para sí o para un tercero.

### **Factores de Riesgo de Corrupción.**

**8.03** La APM debe considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren.

**8.04** La APM al utilizar el abuso, desperdicio y otras irregularidades como factores de riesgos de corrupción, debe considerar que cuando uno o más de estos están presentes podría indicar un riesgo de corrupción y que puede ser mayor cuando los tres factores están presentes. También se debe utilizar la información provista por partes internas y externas para identificar los riesgos de corrupción.

### **Respuesta a los Riesgos de Corrupción.**

**8.05** La APM debe analizar y responder a los riesgos de corrupción, a fin de que sean efectivamente mitigados. Estos riesgos deben ser analizados por su relevancia, tanto individual como en su conjunto, mediante el mismo proceso de análisis de riesgos efectuado para todos los demás riesgos identificados.



**8.06** La APM debe responder a los riesgos de corrupción, mediante el mismo proceso de respuesta general y acciones específicas para atender todos los riesgos institucionales analizados. Esto posibilita la implementación de controles de combate y prevención de la corrupción en la dependencia o entidad. Dichos controles pueden incluir la reingeniería administrativa, la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre el personal para mejorar la segregación de funciones.

**9.** Identificar, analizar y responder al cambio. La APM debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el control interno, para garantizar que los mismos se mantengan actualizados, ya que pueden generar que los controles se vuelvan pueden volver ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y/o surgir nuevos riesgos.

Los cambios internos incluyen modificaciones a los programas o actividades institucionales, 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. Los cambios significativos identificados deben ser comunicados al personal adecuado de la APM mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.

### **Identificación del Cambio.**

**9.01** En la administración de riesgos o un proceso similar, la APM debe identificar cambios que puedan impactar significativamente al control interno. La identificación, análisis y respuesta al cambio es parte del proceso regular de administración de riesgos.

**9.02** La APM debe prevenir y planear acciones ante cambios significativos en las condiciones internas (modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología) y externas (cambios en los entornos gubernamentales, económicos, tecnológicos, legales, regulatorios y físicos).

### **Análisis y Respuesta al Cambio.**



**9.03** La APM debe analizar y responder a los cambios identificados y a los riesgos asociados con éstos, con el propósito de mantener un control interno apropiado.

**9.04** Las condiciones cambiantes usualmente generan nuevos riesgos o cambios a los riesgos existentes, los cuales deben ser evaluados para identificar, analizar y responder a cualquiera de éstos.

### **TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL.**

Son las acciones que define y desarrolla la APM mediante políticas, procedimientos y tecnologías de la información y demás herramientas establecidas, que tienen el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción.

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

En todos los niveles de la institución existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todos los servidores públicos conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su dependencia, puesto, área o unidad administrativa. Para la aplicación de esta norma, la Contraloría, el COCODI y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

**10.** Diseñar actividades de control. La APM debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales. En este sentido, es responsable de que existan controles



apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos institucionales, incluyendo los riesgos de corrupción:

Respuesta a los Objetivos y Riesgos.

**10.01** La APM debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno, funcional, eficaz, efectivo y apropiado.

Diseño de Actividades de Control Apropriadas.

**10.02** La APM debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudan al Presidente Municipal y a la APM a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno. A continuación, se 2 de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la Administración Municipal:

**I.** Revisiones por la Administración del desempeño actual, a nivel función o actividad.

**II.** Administración del capital humano.

**III.** Controles sobre el procesamiento de la información.

**IV.** Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.

**V.** Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño.

**VI.** Delegación de funciones.





**VII.** Ejecución apropiada de transacciones.

**VIII.** Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.

**IX.** Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos.

**X.** Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno.

**10.03** 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 ocurre cuando, antes de que concluya la operación, se descubre que cuándo la institución no está alcanzando un objetivo o enfrentando un riesgo, y corrige las acciones para ello.

**10.04** La APM debe 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, la APM debe diseñar actividades de control tanto preventivas como detectivas para esa transacción, proceso, unidad administrativa o función.

**10.05** Las actividades de control deben implementarse ya sea de forma automatizada o manual, considerando que las automatizadas tienden a ser más confiables, ya que son menos susceptibles a errores humanos y suelen ser más eficientes. Si las operaciones en la Institución descansan en tecnologías de información, la APM debe diseñar actividades de control para asegurar que dichas tecnologías se mantienen funcionando correctamente y son apropiadas para el tamaño, características y mandato del Municipio.



## **Diseño de Actividades de Control en varios niveles.**

**10.06** La APM debe diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.

**10.07** La APM debe diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos y los riesgos en las operaciones, así como a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la institución cumpla con sus objetivos y conduzca los riesgos relacionados.

**10.08** Los controles a nivel institución tienen un efecto generalizado en el control interno y pueden relacionarse entre sí o con otros instrumentos en la materia.

**10.09** Las actividades de control a nivel transacción son acciones integradas directamente en los procesos operativos para contribuir al logro de los objetivos y enfrentar los riesgos asociados, las cuales pueden incluir verificaciones, conciliaciones, autorizaciones y aprobaciones, controles físicos y supervisión.

**10.10** Al elegir entre actividades de control a nivel municipal o de transacción, la APM debe evaluar el nivel de precisión necesario para que el Ayuntamiento cumpla con sus objetivos institucionales y enfrente los riesgos relacionados y que pudieran surgir, considerando el propósito de las actividades de control, su nivel de agregación, la regularidad del control y su correlación directa con los procesos operativos pertinentes.

## **Delegación de Funciones.**

**10.11** La APM debe considerar la segregación de funciones en el diseño de las responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean delegación y, cuando dicha delegación no sea práctica, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.



**10.12** La delegación de funciones contribuye a prevenir corrupción, desperdicio y abusos en el control interno. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades, incompatibles entre sí, las realiza un solo servidor público, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al riesgo de colusión en el que dos o más servidores públicos se confabulan para eludir los controles.

**10.13** Si la delegación de funciones no es práctica en un proceso operativo debido a personal limitado u otros factores, la APM debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar el riesgo de corrupción, desperdicio o abuso en los procesos operativos.

**11.** Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC's. La APM debe 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 institucionales.

### **Desarrollo de los Sistemas de Información.**

**11.01** La APM debe desarrollar los sistemas de información de la institución de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.

**11.02** La APM debe desarrollar los sistemas de información 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. 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.

Un sistema de información debe incluir tanto procesos manuales como automatizados. Los procesos automatizados se conocen comúnmente como las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC's).



**11.03** La APM 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. Las TIC's permiten que la información relacionada con los procesos operativos esté disponible de la forma más oportuna y confiable para la institución. Adicionalmente, las TIC's pueden fortalecer el control interno sobre la seguridad y la confidencialidad de la información mediante una adecuada restricción de accesos. Aunque las TIC's conllevan 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.

**11.04** La APM también debe evaluar los objetivos de procesamiento de información: integridad, exactitud y validez, para satisfacer las necesidades de información definidas.

#### **Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropriadas.**

**11.05** La APM debe diseñar actividades de control apropiadas en los sistemas de información para garantizar la cobertura de los objetivos de procesamiento de la información en los procesos operativos. En los sistemas de información, existen dos tipos principales de actividades de control: generales y de aplicación.

**11.06** Los controles generales (a nivel institución, de sistemas y de aplicaciones) son las políticas y procedimientos que se aplican a la totalidad o a un segmento de los sistemas de información. Los controles generales fomentan el buen funcionamiento de los sistemas de información mediante la creación de un entorno apropiado para el correcto funcionamiento de los controles de aplicación. Los controles generales deben incluir la administración de la seguridad, acceso lógico y físico, administración de la configuración, segregación de funciones, planes de continuidad y planes de recuperación de desastres, entre otros.

**11.07** Los controles de aplicación, a veces llamados controles de procesos de operación, son los controles que se incorporan directamente en las aplicaciones informáticas para contribuir a asegurar la validez, integridad, exactitud y confidencialidad de las transacciones y los datos durante el proceso de las

aplicaciones. Los controles de aplicación deben incluir las entradas, el procesamiento, las salidas, los archivos maestros, las interfaces, las posibles contraseñas y los controles para los sistemas de administración de datos, entre otros.

### **Diseño de la Infraestructura de las TIC's.**

**11.08** La APM debe diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de TIC's. Las TIC's requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad. La infraestructura de TIC's de la institución puede ser compleja y puede ser compartida por diferentes unidades dentro de la misma o tercerizada. La Administración debe evaluar los objetivos de la institución y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's.

**11.09** La APM debe mantener la evaluación de los cambios en el uso de las TIC's y debe diseñar nuevas actividades de control cuando estos cambios se incorporan en la infraestructura de las TIC's. La APM también debe diseñar actividades de control necesarias para mantener la infraestructura de las TIC's. El mantenimiento de la tecnología debe incluir los procedimientos de respaldo y recuperación de la información, una revisión constante de los modelos de seguridad para prevenir ataques cibernéticos, así como la continuidad de los planes de operación, en función de los riesgos y las consecuencias de una interrupción total o parcial de los sistemas de energía, entre otros.

### **Diseño de la Administración de la Seguridad.**

**11.10** La APM debe diseñar actividades de control para la gestión de la seguridad sobre los sistemas de información con el fin de garantizar el acceso adecuado, de fuentes internas y externas a éstos. Los objetivos para la gestión de la seguridad deben incluir la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.



**11.11** La gestión de la seguridad debe incluir los procesos de información y las actividades de control relacionadas con los permisos de acceso a las TIC's, incluyendo quién tiene la capacidad de ejecutar transacciones. La gestión de la seguridad debe incluir los permisos de acceso a través de varios niveles de datos, el sistema operativo (software del sistema), la red de comunicación, aplicaciones y segmentos físicos, entre otros. La APM debe diseñar las actividades de control sobre permisos para proteger al Ayuntamiento del acceso inapropiado y el uso no autorizado del sistema.

**11.12** La APM debe evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's tanto de fuentes internas como externas a la propia Administración.

**11.13** La APM debe diseñar actividades de control para limitar el acceso de los usuarios a las TIC's a través de controles como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de usuarios.

#### **Diseño de la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC's.**

**11.14** La APM debe diseñar las actividades de control para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's. La APM puede utilizar un modelo de Ciclo de Vida del Desarrollo de Sistemas (CVDS) en el diseño de las actividades de control. El CVDS proporciona una estructura para un nuevo diseño de las TIC's al esbozar las fases específicas y documentar los requisitos, aprobaciones y puntos de revisión dentro de las actividades de control sobre la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la tecnología.

**11.15** La APM puede adquirir software de TIC's, por lo que debe incorporar metodologías para esta acción y debe diseñar actividades de control sobre su selección, desarrollo continuo y mantenimiento. Las actividades de control sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.





**11.16** La contratación de servicios tercerizados para el desarrollo de las TIC's es otra alternativa y la APM 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.

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

### **Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de Políticas.**

**12.01** La Administración debe documentar, a través de políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de control interno en la institución.

**12.02** La Administración debe documentar mediante políticas para cada unidad su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de sus riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la implementación de los controles y de su eficacia operativa.

**12.03** El personal de las unidades que ocupa puestos clave puede definir con mayor amplitud las políticas a través de los procedimientos del día a día, dependiendo de la frecuencia del cambio en el entorno operativo y la complejidad del proceso operativo. La Administración debe comunicar al personal las políticas y procedimientos para que éste pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas.

**12.04** La APM debe revisar periódicamente las políticas, procedimientos y actividades de control asociadas para mantener la relevancia y eficacia en el logro de los objetivos o en el enfrentamiento de sus riesgos.

## **CUARTA. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**





La información y comunicación son relevantes para el logro de los objetivos institucionales. Al respecto, la APM debe establecer mecanismos que aseguren que la información relevante cuenta con los elementos de calidad suficientes y que los canales de comunicación tanto al interior como al exterior son efectivos.

La información que los servidores públicos generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el sistema de control interno debe cubrir los requisitos establecidos por la APM, con la exactitud apropiada, así como con la especificidad requerida del personal pertinente.

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 institucionales con el uso eficiente de los recursos. La APM requiere tener acceso a información relevante y mecanismos de comunicación confiables, en relación con los eventos internos y externos que pueden afectar al propio municipio.

Para la aplicación de esta norma, la Contraloría, el COCODI, y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

**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 SCIIM;

### **Identificación de los Requerimientos de Información.**

**13.01** La APM debe diseñar un proceso que considere los objetivos institucionales y los riesgos asociados a éstos, para identificar los requerimientos de información



necesarios para alcanzarlos y enfrentarlos, respectivamente. Estos requerimientos deben considerar las expectativas de los usuarios internos y externos.

**13.02** La APM debe identificar los requerimientos de información en un proceso continuo que se desarrolla en todo el control interno. Conforme ocurre un cambio en el Ayuntamiento, en sus objetivos y riesgos, la APM debe modificar los requisitos de información según sea necesario para cumplir con los objetivos y hacer frente a los riesgos modificados.

#### **Datos Relevantes de Fuentes Confiables.**

**13.03** La APM debe obtener datos relevantes de fuentes confiables internas y externas, de manera oportuna, y en función de los requisitos de información identificados y establecidos. Los datos relevantes tienen una conexión lógica con los requisitos de información identificados y establecidos. Las fuentes internas y externas confiables proporcionan datos que son razonablemente libres de errores y sesgos.

#### **Datos Procesados en Información de Calidad.**

**13.04** La APM debe procesar los datos obtenidos y transformarlos en información de calidad que apoye al control interno.

**13.05** La APM debe procesar datos relevantes a partir de fuentes confiables y transformarlos en información de calidad dentro de los sistemas de información del Municipio.

**14.** Comunicar Internamente. La APM es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.

#### **Comunicación en toda la Institución.**



**14.01** La APM debe comunicar información de calidad en toda la institución utilizando las líneas de reporte y autoridad establecidas. Tal información debe comunicarse hacia abajo, lateralmente y hacia arriba, mediante líneas de reporte, es decir, en todos los niveles de la institución.

**14.02** La APM debe comunicar información de calidad hacia abajo y lateralmente a través de las líneas de reporte y autoridad para permitir que el personal desempeñe funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al Control Interno.

**14.03** La APM debe recibir información de calidad sobre los procesos operativos de la institución, la cual fluye por las líneas de reporte y autoridad apropiadas para que el personal apoye a la APM en la consecución de los objetivos institucionales.

**14.04** La Contraloría, el COCODI, los titulares de las Unidades Administrativas, en su caso, el Órgano de Gobierno deben recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la APM y demás personal. La información relacionada con el control interno que es comunicada a la Contraloría, el COCODI, los titulares de las Unidades Administrativas o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de control interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del control interno.

**14.05** Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, el personal utiliza líneas separadas para comunicarse de manera ascendente. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales, pueden requerir a las instituciones establecer líneas de comunicación separadas, como líneas éticas de denuncia, para la comunicación de información confidencial o sensible.

### **Métodos Apropriados de Comunicación.**



**14.06** La APM debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse internamente y considerar una serie de factores en la selección de los métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: la audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, los requisitos legales o reglamentarios, el costo para comunicar la información, y los requisitos legales o reglamentarios.

**14.07** La APM debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o en formato electrónico, o reuniones con el personal. Asimismo, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar internamente información de calidad de manera oportuna.

**15. Comunicar Externamente.** La APM es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante.

### **Comunicación con Partes Externas.**

**15.01** La APM debe comunicar a las partes externas, y obtener de éstas, información de calidad, utilizando las líneas de reporte establecidas. Las líneas abiertas y bidireccionales de reporte con partes externas permiten esta comunicación. Las partes externas incluyen, entre otros, a los proveedores, contratistas, servicios tercerizados, reguladores, auditores externos, Instituciones gubernamentales y el público en general.

**15.02** La APM debe comunicar información de calidad externamente a través de las líneas de reporte. De ese modo, las partes externas pueden contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y a enfrentar sus riesgos asociados. La APM debe incluir en esta información la comunicación relativa a los eventos y actividades que impactan el control interno.

**15.03** La APM debe recibir información externa a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la APM debe incluir los asuntos significativos relativos a los riesgos, cambios o problemas que afectan al

control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para el funcionamiento eficaz y apropiado del Control Interno.

**15.04** El Titular, la Contraloría, el COCODI o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Contraloría, al COCODI, a los Titulares de las Dependencias o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas que impactan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del Control Interno.

**15.05** Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas para comunicarse con el Ayuntamiento. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales pueden requerir a las instituciones establecer líneas separadas de comunicación, como líneas éticas de denuncia, para comunicar información confidencial o sensible. El Ayuntamiento debe informar a las partes externas sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información.

### **Métodos Apropriados de Comunicación.**

**15.06** La APM debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse externamente. Asimismo, debe considerar una serie de factores en la selección de métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo, y los requisitos legales o reglamentarios.

**15.07** Con base en la consideración de los factores, la APM debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o formato electrónico, o reuniones con el personal. De igual manera, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación dentro del Municipio para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.



**15.08** Las diversas Unidades Administrativas y Entidades deben informar sobre su desempeño en primera instancia al COCODI, quien a su vez, deberá dar vista de dichos informes a la Contraloría, cuando esta así lo requiera, y a las instancias y autoridades que correspondan, de acuerdo con las disposiciones aplicables.

#### **QUINTA. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.**

Son las actividades establecidas y operadas por los responsables designados por el Presidente Municipal, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno, mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la APM en cada uno de los procesos que realiza, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías realizadas por el Órgano Interno de Control y por otras instancias fiscalizadoras, ya que proporcionan una supervisión adicional a nivel institución, división, unidad administrativa o función.

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

El SCIIM 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, verificación y evaluación interna y/o por las diferentes instancias fiscalizadoras, 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.

Para la aplicación de esta norma, el Presidente Municipal, la Contraloría, el COCODI, los titulares de las Dependencias de la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:





**16.** Realizar actividades de supervisión. La Administración implementará actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados, por lo que deberá realizar una comparación del estado que guarda, contra el diseño establecido por la Administración; efectuar autoevaluaciones y considerar las auditorías y evaluaciones de las diferentes instancias fiscalizadoras, sobre el diseño y eficacia operativa del control interno, documentando sus resultados para identificar las deficiencias y cambios que son necesarios aplicar al control interno, derivado de modificaciones en el Ayuntamiento y su entorno.

### **Establecimiento de Bases de Referencia.**

**16.01** La Contraloría, el COCODI, y en su caso el Órgano de Gobierno, en auxilio de la APM debe establecer bases de referencia para supervisar el Control Interno, comparando su estado actual contra el diseño efectuado por la Administración. Dichas bases representarán la diferencia entre los criterios de diseño del Control Interno y su estado en un punto específico en el tiempo, por lo que deberán revelar las debilidades y deficiencias detectadas en el Control Interno de cada una de las Unidades Administrativas que conforman la institución.

**16.02** Una vez establecidas las bases de referencia, la APM debe utilizarlas como criterio en la evaluación del control interno, y cuando existan diferencias entre las bases y las condiciones reales realizar los cambios necesarios para reducirlas, ajustando el diseño del control interno y enfrentar mejor los objetivos y los riesgos institucionales o mejorar la eficacia operativa del control interno. Como parte de la supervisión, la Administración debe determinar cuándo revisar las bases de referencia, mismas que servirán para las evaluaciones de control interno subsecuentes.

### **Supervisión del Control Interno.**

**16.03** La APM debe supervisar el Control Interno a través de autoevaluaciones, mientras que las evaluaciones independientes podrán ser realizadas por la Contraloría o el COCODI. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones de las dependencias o entidades que se realizan continuamente y responden a los cambios. Las evaluaciones independientes se utilizan periódicamente y pueden





proporcionar información respecto de la eficacia e idoneidad de las autoevaluaciones.

**16.04** La APM debe realizar autoevaluaciones al diseño y eficacia operativa del Control Interno como parte del curso normal de las operaciones, en donde se deben incluir actividades de supervisión permanente por parte de esta, comparaciones, conciliaciones y otras acciones de rutina, así como herramientas automatizadas, las cuales permiten incrementar la objetividad y la eficiencia de los resultados mediante la recolección electrónica de las autoevaluaciones a los controles y transacciones.

**16.05** La Contraloría y el COCODI pueden incorporar evaluaciones independientes para supervisar el diseño y la eficacia operativa del Control Interno en un momento determinado, o de una función o proceso específico. El alcance y la frecuencia de las evaluaciones independientes dependen, principalmente, de la administración de riesgos, la eficacia del monitoreo permanente y la frecuencia de cambios dentro de la institución y en su entorno.

**16.06** Las evaluaciones independientes también incluyen auditorías y otras evaluaciones que pueden implicar la revisión del diseño de los controles y la prueba directa a la implementación del control interno.

**16.07** La APM conserva la responsabilidad de supervisar si el control interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los servicios tercerizados. También debe utilizar autoevaluaciones, las evaluaciones independientes o una combinación de ambas para obtener una seguridad razonable sobre la eficacia operativa de los controles internos sobre los procesos asignados a los servicios tercerizados.

### **Evaluación de Resultados.**

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



**16.09** La APM debe identificar los cambios que han ocurrido en el control interno, derivados de modificaciones en la institución y en su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Administración a identificar problemas en el control interno como son las quejas o denuncias de la ciudadanía y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos.

**17.** Evaluar los problemas y corregir las deficiencias. Todos los servidores públicos de la institución deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como al Titular, al COCODI, a la Contraloría y, en su caso, al Órgano de Gobierno, a través de las líneas de reporte establecidas; la APM es responsable de corregir las deficiencias de control interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por los responsables. Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la institución.

#### **Informe sobre Problemas.**

**17.01** Todo el personal debe reportar a las partes internas y externas adecuadas los problemas de control interno que haya detectado, mediante las líneas de reporte establecidas, para que la APM, las unidades especializadas, en su caso, y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones.

**17.02** El personal puede identificar problemas de control interno en el desempeño de sus responsabilidades. Asimismo, debe comunicar estas cuestiones internamente al personal en la función clave responsable del control interno o proceso asociado y, cuando sea necesario, a otro de un nivel superior a dicho responsable. Dependiendo de la naturaleza de los temas, el personal puede considerar informar determinadas cuestiones al Órgano de Gobierno o, en su caso, al COCODI o la Contraloría.

**17.03** En función de los requisitos legales o de cumplimiento, la institución también puede requerir informar de los problemas a los terceros pertinentes, tales como

legisladores, reguladores, organismos normativos y demás encargados de la emisión de criterios y disposiciones normativas a las que el municipio este sujeto.

### **Evaluación de Problemas.**

**17.04** La APM debe evaluar y documentar los problemas de Control Interno y debe determinar las acciones correctivas apropiadas para hacer frente oportunamente a los problemas y deficiencias detectadas. Adicionalmente, puede asignar responsabilidades y delegar autoridad para la apropiada remediación de las deficiencias de control interno.

### **Acciones Correctivas.**

**17.05** La APM debe poner en práctica y documentar en forma oportuna las acciones para corregir las deficiencias de control interno. Dependiendo de la naturaleza de la deficiencia, el COCODI en conjunto con el titular del área respectiva, o el Órgano de Gobierno, o en su defecto la Contraloría, en su caso, deben revisar la pronta corrección de las deficiencias, comunicar las medidas correctivas al nivel apropiado de la estructura organizativa, y delegar al personal apropiado la autoridad y responsabilidad para realizar las acciones correctivas.

## **CAPÍTULO II**

### **RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL MUNICIPAL (SCIIM)**

#### **8. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.**

El control interno es responsabilidad del Titular de cada una Unidad Administrativa, quien lo implementa con apoyo de la APM, el COCODI, la Contraloría y del resto de los servidores públicos, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

##### **I. GENÉRICAS:**

Todos los servidores públicos del Ayuntamiento- son responsables de:

- a) Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables, y
- b) Evaluar el SCIIM 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. DEL COCODI O EN SU CASO LA CONTRALORÍA:**

- a) Determinarán las metas y objetivos de la Institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. 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, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;
- b) Establecerán y mantendrán un SCIIM apropiado, operando y actualizado conforme a estas disposiciones generales, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
- c) El Titular supervisará que la evaluación del SCIIM se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda, mismo que deberá ser remitido al Comité y, cuando así lo requiera, a la Contraloría, quien podrá requerir su cumplimiento mediante el uso de sus atribuciones;
- d) Verificarán que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;



- e) El COCODI o en su caso la Contraloría, aprobará el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
- f) El COCODI o en su caso la Contraloría, aprobará la metodología para la administración de riesgos.
- g) La Contraloría instruirá y supervisará que las unidades administrativas, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional y acordará con el Coordinador de Control Interno la metodología de administración de riesgos.
- h) El COCODI o en su caso la Contraloría, 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 PTAR

### **III. DEL COORDINADOR GENERAL DE CONTROL INTERNO:**

#### **En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:**

- a) Ser el canal de comunicación e interacción con el COCODI, el Órgano Interno de Control y las demás Unidades Administrativas en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCIIM;
- b) Acordar con el 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;



**d)** Revisar con los Enlace del SCIIM y presentar para aprobación del Coordinador General de Control Interno de la el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

**En la Administración de Riesgos:**

**e)** Acordar con el COCODI la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas del municipio, por conducto de los Enlaces 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 y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión. En caso de que la metodología instituida contenga etapas o actividades adicionales a las establecidas en las presentes Disposiciones, se deberá informar por escrito a la Contraloría Municipal.

**g)** Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas, al Titular del Órgano Interno de Control y en su caso a los Enlaces 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 por el COCODI, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;

**h)** Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes Disposiciones y ser el canal de comunicación e interacción entre el COCODI, los titulares de las Unidades Administrativas y los Enlaces de Administración de Riesgos;

**i)** Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente, con los Enlaces 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 del COCODI y los Enlaces de Administración de Riesgos la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

**l)** Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR Institucionales, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas;

**m)** Comunicar a los Enlaces de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR Institucionales determinados en el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.

**n)** Verificar que se registren y se envíen los reportes de avances trimestrales del PTAR a los Órganos Internos de Control.

**ñ)** Presentar los documentos descritos en el inciso k) de esta fracción III, en la primera sesión ordinaria del ejercicio fiscal correspondiente, del Comité respectivo, según corresponda, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes.

**En el Comité de Control y Desempeño Institucional:**

**o)** Determinar, conjuntamente con el COCODI y el Vocal Ejecutivo, 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 del Ayuntamiento

**p)** Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y competente, e instruir a los miembros del Comité sobre la conformación de la carpeta electrónica, en los 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.





**q)** Solicitar a los Enlaces que incorpore la información que compete a las unidades administrativas a los que se encuentren adscritos, para la conformación de la carpeta electrónica, a más tardar 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

#### **IV. DE LOS ENLACES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL Y DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:**

**a)** Ser el canal de comunicación e interacción entre el COCODI y las unidades administrativas de la Institución;

**b)** Definir las áreas administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCIIM;

**c)** Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las unidades administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;

**d)** Revisar con 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;

**e)** Elaborar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;

**f)** Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador General de Control Interno;

**g)** Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avances Trimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo al COCODI.



h) Presentar el Informe Anual, el PTCI y el Reporte de Avances Trimestral, revisados y autorizados ante las instancias correspondientes.

## **V. DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL:**

### **En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:**

a) Asesorar y apoyar al Ayuntamiento de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCIIM;

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 al Ayuntamiento 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, se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos;

e) Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto se constituyan;

f) Evaluar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y

g) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.



**En el Comité de Control y Desempeño Institucional:**

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

### **CAPÍTULO III**

## **EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL MUNICIPAL**

### **SECCIÓN I**

## **EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**

**9. DE LA EVALUACIÓN DEL SCIIM.** El SCIIM deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por los servidores públicos 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 17 Principios y elementos de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten, ya sea del propio Ayuntamiento o de cualquier otra naturaleza.

Para evaluar el SCIIM, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control de por lo menos cinco procesos prioritario (sustantivos y administrativos) y como máximo los que determine la institución conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCIIM.

El Ayuntamiento, a través del COCODI determinará los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) para la evaluación del SCIIM, cuando éstos se encuentren debidamente mapeados y formalmente incorporados a sus respectivos manuales de procedimientos. 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.

Se podrá seleccionar cualquier proceso prioritario (sustantivo y administrativo), utilizando alguno o varios de los siguientes criterios:



- a)** Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Municipal de Desarrollo y programas sectoriales, regionales, institucionales, especiales y/o transversales.
  
- b)** Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos del Ayuntamiento.
  
- 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.

El Ayuntamiento deberá elaborar y remitir mediante oficio, en el mes de noviembre de cada año, al COCODI una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SCIIM, 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 SCIIM se realizará identificando la implementación y operación de las cinco Normas Generales de Control Interno y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

#### **PRIMERA. AMBIENTE DE CONTROL.**

1. Los servidores públicos del Ayuntamiento, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales (Institucional);
2. Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento (Institucional);
3. El Ayuntamiento cuenta con un Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento del Código de Ética y de Conducta; se cumplen con las reglas de integridad para el ejercicio de la función pública y sus lineamientos generales (Institucional);
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 (Institucional);



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 (Institucional);
7. El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable; y
8. Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

## **SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**

9. Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control;
10. Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas son ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad;
11. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos; y
12. Se instrumentan en los procesos acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.



### **TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL.**

**13.** Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC's;

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

**15.** 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 Institucionales;

**16.** Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;

**17.** Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia;

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

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





- 20.** Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;
  
- 21.** Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;
  
- 22.** Se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC's en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren;
  
- 23.** En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's; y
  
- 24.** Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital Nacional en los procesos de gobernanza, organización y de entrega, relacionados con la planeación, contratación y administración de bienes y servicios de TIC's y con la seguridad de la información (Institucional TIC's).

#### **CUARTA. INFORMAR Y COMUNICAR.**

- 25.** Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;
  
- 26.** Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;



**27.** Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable, información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso;

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

**29.** Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias (Institucional); y

**30.** Se cuenta con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección y, en su caso, al Órgano de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones (Institucional).

#### **QUINTA. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.**

**31.** Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de control interno;

**32.** Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre Tecnologías de la Información, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso; y

**33.** Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte del Presidente Municipal y la Administración, Órgano Interno de Control o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.



El Coordinador General 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 PTCl, cuando se identifiquen debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCIIM.

El COCODI difundirá en medios electrónicos el listado de evidencias documentales y/o electrónicas sugeridas para sustentar la aplicación de cada elemento de control interno, las cuales podrán ser consideradas y/o complementadas con otras que la propia Institución tenga establecidas para comprobar que cumple con las condiciones del elemento de control.

## **10. EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES.**

Con el propósito de fortalecer el SCIIM y que sea adaptable a las particularidades institucionales, el Coordinador General de Control Interno podrá incorporar en la evaluación del SCIIM e implementación de los 17 Principios, elementos de control adicionales a los descritos en el numeral anterior, los cuales deberán basarse en los específicos detallados en los presentes Disposiciones, mismos que retoman lo establecido en el MICI.

El Órgano Interno de Control podrá recomendar la incorporación de elementos de control adicionales en virtud de las deficiencias que llegará a identificar en el SCIIM, sin embargo, será el COCODI 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 PTCl con acciones de mejora para su seguimiento y cumplimiento correspondientes.

## **SECCIÓN II**



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

**11. DE SU PRESENTACIÓN.** Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación, los Titulares de las dependencias y entidades presentarán con su firma autógrafa un Informe Anual:

- I. Al Titular de la Contraloría Municipal, a más tardar el 31 de enero de cada año;
- II. Al Comité en la primera sesión ordinaria, y
- III. Al Órgano de Gobierno, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

**12. DE LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN.** El Informe Anual no deberá exceder de tres cuartillas y se integrará con los siguientes apartados:

- I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCIIM:
  - a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno;
  - 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 Municipal;



**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 SCIIM y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo, ambos documentos se presentarán ante la instancia correspondiente.

**13. DE LA SOLICITUD DEL INFORME ANUAL EN FECHA DISTINTA. EI COCODI** 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 SCIIM, 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 y el responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización del titular de la unidad administrativa o en su caso dependencia, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace de Control y Administración de Riesgos.



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 SCIIM y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCl.

La evidencia documental y/o electrónica suficiente que acredite la implementación de las acciones de mejora y/o avances reportados sobre el cumplimiento del PTCl, deberá ser resguardada por los servidores públicos responsables de su implementación y estará a disposición de las instancias fiscalizadoras.

**15. ACTUALIZACIÓN DEL PTCl.** El PTCl podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por el Titular de la Contraloría Municipal, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCl original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Institución. El PTCl 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 PTCl.**

I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCl deberá realizarse trimestralmente por el Enlace de Control de Administración de Riesgos, con previa autorización de su respectivo Coordinador de Control Interno e informarse al Comité, a través del Reporte de Avances Trimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

**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 u Órgano de Gobierno, según corresponda;





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 Municipal; y

d) Firma del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Control y Administración de Riesgos.

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

a) Al Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación, y

b) Al Comité u Órgano de Gobierno, el primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

**17. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCl.** El Vocal Ejecutivo realizará la evaluación del Reporte de Avances Trimestral del PTCl y elaborará el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará:

I. A cada uno de los titulares de las unidades administrativas, en su caso al Órgano de Gobierno, y al Coordinador General de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCl, y

II. Al Comité, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

#### **SECCIÓN IV**



## **EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL INFORME ANUAL Y PTCI**

**18. INFORME DE RESULTADOS.** El Titular de la Contraloría Municipal podrá evaluar el Informe Anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados:

I. Al presidente municipal o en caso de ser necesario, al Cabildo, a más tardar el último día hábil del mes de febrero, y

II. Al Comité o, en su caso, al Órgano de Gobierno, en su primera sesión ordinaria.

**19. DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.** El Informe de Resultados de la Evaluación del Titular del Órgano Interno de Control deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

I. La evaluación aplicada por el Ayuntamiento 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 Municipal;

IV. Conclusiones y recomendaciones.

Los servidores públicos responsables de las Unidades Administrativas y/o procesos del Ayuntamiento deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el Órgano Interno de Control, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

## **TÍTULO TERCERO**

### **METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

#### **CAPÍTULO I**

#### **PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**20. INICIO DEL PROCESO.** 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 los titulares de todas las unidades administrativas del Ayuntamiento, el Titular del Órgano Interno de Control, el Coordinador General de Control Interno, los Coordinadores de Control Interno y su Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

#### **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 para la metodología específica que aplique cada unidad administrativa o entidad, misma que deberá estar debidamente autorizada por el Coordinador General de Control Interno, hecha del conocimiento del Comité, 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 estratégico institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Institución como los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos y

**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.

**c)** Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción. Lo anterior debe tener como propósito:

**1.** Establecer un contexto apropiado;

**2.** Asegurar que los objetivos, metas y procesos de la Institución sean comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;

**3.** Asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y

**4.** Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la institución para el adecuado análisis de los riesgos.

## **II. CONTEXTO**

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

**a)** Describir el entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad, según sea el caso, de la Institución, a nivel internacional, nacional y regional.

**b)** Describir las situaciones intrínsecas a 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.

**c)** 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 institucionales. Este conjunto deberá utilizarse como referencia en la identificación y definición de los riesgos.

**d)** 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 institucionales.

### **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 institucionales, y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucional.

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



En 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 institucionales.



**b) 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:

**I. Estratégico:** Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales.

**II. Directivo:** Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos del Ayuntamiento.

**III. 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 cada una de las unidades administrativas y entidades del Ayuntamiento, 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:





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

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

**III. 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.

**IV. TIC's:** Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados;

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

**VI. 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.

**VII. 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:

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

**II. 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 institucionales, 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 y 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 institucionales. Además se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
7		
6	Moderado	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		
4	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
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.
9		Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%.
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta.
7		Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media.
5		Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja.
3		Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja.
1		Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.

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:

**I. Está documentado:** Que se encuentra descrito.

**II. Está formalizado:** Se encuentra autorizado por servidor público facultado.

**III. Se aplica:** Se ejecuta consistentemente el control, y

**IV. 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, las Instituciones podrán utilizar metodologías, modelos y/o teorías basados 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:

**I. 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.

**II. 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.

**III. 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.

**a)** 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.

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



**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, las unidades administrativas y las entidades deberán considerar los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, así como los trámites y servicios internos y externos.

### **CONTEXTO**

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.

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

**23. TOLERANCIA AL RIESGO.** La APM 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 al Coordinador General de Control Interno y al Comité, previo conocimiento de Coordinador de Control Interno respectivo, en caso de que se exceda el riesgo el nivel de tolerancia establecido.

No operará en ningún caso, la definición de niveles de tolerancia para los riesgos de corrupción y de actos contrarios a la integridad, así como para los que impliquen incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, o que causen la suspensión o deficiencia de dicho servicio, por parte de las áreas administrativas que integran el Ayuntamiento.

**24. SERVICIOS TERCERIZADOS.** La Administración Pública Municipal 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.

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

## **CAPÍTULO II**

### **SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**



**25. PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.** 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 el Coordinador General de Control Interno, el Coordinador de Control Interno de 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:
  - I. Unidad administrativa;
  - II. Responsable de su implementación;
  - III. Las fechas de inicio y término, y
  - IV. 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 los Coordinadores de Control Interno y sus Enlaces de Administración de Riesgos, resultado que se informará trimestralmente al Coordinador General de Control Interno y al Comité, 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 u Órgano de Gobierno, según corresponda;
- 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 Municipal y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
- d)** Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.

El Coordinador de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR:

- a)** Al Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y
- b)** Al Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda, 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 los servidores públicos responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional y deberá ponerse a disposición del Órganos Interno de Control, a través de los Enlaces de Administración de Riesgos, debiendo remitir una copia al Vocal Ejecutivo del Comité.

**28. INFORME DE EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR.** El Titular del Órgano Interno de Control presentará en las sesiones ordinarias del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, como sigue:

- I. Al Coordinador General de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del Reporte de Avance Trimestral del PTAR;
- II. Al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre, y
- III. Al presidente municipal, lo cual se realizará remitiendo dicho informe al titular de la Consejería Jurídica del Ayuntamiento.

**29. DEL REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.** Se realizará un Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior, y contendrá al menos lo siguiente:

- I. Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos;





II. Comparativo del total de riesgos por cuadrante;

III. Variación del total de riesgos y por cuadrante; y

IV. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

El Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y el Titular de la Institución lo informará al Comité o al Órgano de Gobierno, según corresponda, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

## **TÍTULO CUARTO**

### **COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**

#### **CAPÍTULO I**

#### **DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ**

**30. DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ.** Los Titulares de las Unidades Administrativas y de las Entidades, instalarán y encabezarán el Comité de Control y Desempeño Institucional, el cual tendrá los siguientes objetivos:

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

II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales 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 institucionales 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 Órganos Internos de Control, atendiendo la causa raíz de las mismas;

**VII.** Revisar el cumplimiento de programas de la Institución y temas transversales de la Secretaría;

**VIII.** Agregar valor a la gestión institucional, 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. Cuando se trate de entidades, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones o su equivalente en los organismos públicos descentralizados;

**IX.** Emitir las recomendaciones respecto de los asuntos que sean sometidos a su consideración, y

**X.** Todas las demás que contemple la normatividad en la materia.



## **CAPÍTULO II DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ**

**31. DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.** El Ayuntamiento de San Pedro Cholula contará con un Comité, en el que quedarán comprendidas las unidades que integran la Administración Centralizada; para el caso de las entidades con las que cuente el Ayuntamiento, deberán constituir su propio Comité, mismo que deberá regirse bajo las presentes disposiciones, los cuales se integrarán con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

- I.** El Coordinador General de Control Interno: Titular de la Contraloría Municipal;
- II.** El Vocal Ejecutivo: Quien sea el Titular del Departamento de Control Interno y Evaluación de la Contraloría Municipal;
- III.** Coordinadores de Control Interno: Que deberán tener por lo menos el cargo de director u homologo dentro de las siguientes:
  - a)** En las dependencias:
    - 1.** Un representante de la Secretaría de Finanzas;
    - 2.** Un representante de la Secretaría de Administración;
    - 3.** El titular de la Consejería Jurídica;
  - IV.** Los Enlaces de Control y Administración de Riesgos: Mismos que deberán
- b)** En los organismos públicos descentralizados:

1. Aquellos integrantes que para tal efecto designe el Órgano de Gobierno;
2. El Coordinador General de Control Interno del COCODI de las dependencias;
3. El Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos o equivalente, en caso de no contar con ésta, un representante del Área Jurídica o equivalente de la dependencia a la que se encuentran adscritos.

Los organismos públicos descentralizados deberán instalar su propio COCODI para los efectos que establece el Título Cuarto de las Disposiciones, como excepción y en caso de no tener adscrito un Órgano Interno de Control dentro de su estructura orgánica, el Presidente Municipal podrá formular solicitud al Coordinador General del COCODI de las dependencias, para que determine por votación de la mayoría de sus miembros sí en sus sesiones, serán tratados los asuntos del organismo público descentralizado que corresponda o en su caso, determinar la pertinencia de constituir un Comité propio.

**32. DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA.** El Titular del Órgano Interno de Control participará en el Comité en calidad de Órgano de Vigilancia.

**33. DE LOS INVITADOS.** Se podrán incorporar al Comité como invitados:

- a) Los responsables de las áreas competentes de los asuntos a tratar en la sesión;
- b) Los servidores públicos de la APM, o externos al Ayuntamiento que por las funciones que realizan, estén relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución;
- c) Personas externas a la APM expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del Coordinador General de Control Interno;



- d) El auditor externo;
- e) El Titular del organismo público descentralizado, en las sesiones del Comité de la dependencia, en caso de que los temas a que se refieren las presentes Disposiciones sean tratados en el COCODI de dicha dependencia;
- f) Los Enlaces de Control y Administración de Riesgos del Comité, y
- g) Un invitado permanente del Cuerpo de Regidores del Honorable Cabildo de Ayuntamiento de San Pedro Cholula.

Los invitados señalados en el presente numeral 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 situaciones críticas, para su atención oportuna.

**34. DE LOS SUPLENTES.** Cada uno de los integrantes del Comité podrá nombrar a un servidor público que forme parte de su estructura orgánica, como su suplente, solo hasta el nivel de jefe de departamento o su homologado; a excepción de la figura del Coordinador General y el Vocal Ejecutivo, cuyos suplentes recaerán en las personas titulares de la Subcontraloría de Auditoría Gubernamental y Evaluación y del Departamento de Auditoría Gubernamental, respectivamente, quien tendrá las mismas funciones que el titular y entrará en funciones cuando el titular no le sea posible asistir a las Sesiones o por así determinarlo el Titular, debiendo notificar tal situación al Comité, previo a la Sesión en la cual entrará en funciones.

Para fungir como suplentes, los servidores públicos deberán contar con acreditación por escrito del miembro propietario dirigida al Vocal Ejecutivo, de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica correspondiente. Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a los propietarios.

### **CAPÍTULO III.**



## **ATRIBUCIONES DEL COMITÉ Y FUNCIONES DE LOS MIEMBROS**

**35. DE LAS ATRIBUCIONES DEL COMITÉ.** El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

**I.** Aprobar el Orden del Día;

**II.** Aprobar acuerdos para fortalecer el SCIIM, 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 del Titular del Órgano Interno de Control 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 el Órgano Interno de Control o por otras instancias externas de fiscalización.

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

**a)** El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero;

**b)** La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados, y

**c)** La revisión del cumplimiento de los programas, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.

**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 por conductas contrarias al Código de Ética y al Código de Conducta;

**VI.** Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la Institución, que elaboren los Órganos Internos de Control tanto de las dependencias como de las entidades, respectivamente, así como de la MIR de los programas presupuestarios de responsabilidad de del Ayuntamiento, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos procedan;

**VII.** Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobado 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.

**36. DE LAS FUNCIONES DEL COORDINADOR GENERAL DE CONTROL INTERNO.** El Coordinador General de Control Interno del Comité tendrá las funciones siguientes:

**I.** Determinar conjuntamente con los Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Coordinadores de Control Interno, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la APM o en su caso de las Entidades;

**II.** Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;

**III.** Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;

**IV.** Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados externos a la APM;

**V.** Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, conforme a lo siguiente:

**a)** Al Órgano de Gobierno de las entidades, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración del Comité.



**b)** En el caso de los organismos públicos descentralizados, al Titular de la dependencia a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, dentro de los diez días hábiles siguientes al de la fecha de la sesión ordinaria del Comité.

**VI.** Fomentar la actualización de conocimientos y capacidades de los miembros propietarios en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

**37. DE LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS.** Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

**I.** Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité;

**II.** Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité;

**III.** Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité;

**IV.** Proponer la participación de invitados externos a la APM;

**V.** Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;

**VI.** Analizar la carpeta electrónica de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos;

**VII.** Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional, a través de la Cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su oportuna atención.



**38. DE LAS FUNCIONES DEL VOCAL EJECUTIVO.** El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

**I.** Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de 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 el Coordinador General de Control Interno, que la información institucional fue integrada y capturada en la carpeta electrónica por el Enlace del Comité para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión;

**V.** Presentar por sí, o en coordinación con la APM, 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 los responsables;

**VII.** Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo;

**VIII.** Verificar la integración de la carpeta electrónica por parte del Enlace del Comité, respecto de la información que compete a las unidades administrativas de la Institución.

### **39. DE LAS FUNCIONES DEL ÓRGANO DE VIGILANCIA**

Son funciones del Titular del Órgano Interno de Control:



- I. Participar con voz, pero sin voto, en las sesiones;
- II. Promover la atención de los acuerdos del Comité, ante las instancias que correspondan;
- III. Comunicar, en su caso, al Coordinador General de Control Interno y/o Vocal Ejecutivo, las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité, cuando en el desempeño de sus funciones así lo estime pertinente;
- IV. Vigilar el cumplimiento de lo establecido en el Título Cuarto de las presentes Disposiciones.

Las funciones enunciadas en este numeral, se entenderán conferidas al Órgano Interno de Control, en el marco de las presentes Disposiciones y serán complementarias a las señaladas en la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla.

## **CAPÍTULO IV POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

### **SECCIÓN I DE LAS SESIONES**

**40. 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, debiendo celebrarse preferentemente al inicio de la jornada laboral, con objeto de no interrumpir la continuidad de las labores.



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; en el caso de los organismos públicos descentralizados, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del órgano de gobierno o equivalente, según corresponda.

**41. DE LAS CONVOCATORIAS.** La convocatoria y la propuesta del Orden del Día, deberá ser enviada por el Vocal Ejecutivo a los miembros e invitados, con cinco 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, acompañando la orden del día, así como la disponibilidad de la carpeta electrónica.

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

**42. 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, el Vocal Ejecutivo, previa autorización del Presidente, informará a los miembros e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

Los organismos públicos descentralizados deberán programar sus sesiones, cuando menos con 15 días hábiles de anticipación a la celebración de las correspondientes a su Órgano de Gobierno, o equivalente, según corresponda.

**43. DEL DESARROLLO DE LAS SESIONES Y REGISTRO DE ASISTENCIA.** Las sesiones podrán llevarse a cabo de manera presencial, excepcionalmente 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. Quien fungirá como moderador en cada Sesión, será el Vocal Ejecutivo, quien podrá conceder el uso de la palabra a solicitud del interesado, y siempre que cada asunto no sea sobre analizado.





En cada sesión el Vocal Ejecutivo registrará la asistencia de los participantes, recabando las firmas correspondientes. En el caso de las sesiones virtuales bastará con su firma autógrafa en el acta.

**44. DEL QUÓRUM LEGAL.** El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participen el Coordinador General de Control Interno, o su suplente, y el Vocal Ejecutivo o el Vocal Ejecutivo suplente.

Cuando no se reúna el quórum legal requerido, el Vocal Ejecutivo levantará constancia del hecho y a más tardar el siguiente día hábil, convocará a los miembros para realizar la sesión dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse.

## **SECCIÓN II**

### **DE LA ORDEN DEL DÍA**

**45. 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, 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 de la institución, 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.

Además, se tratarán las medidas no contempladas en los Programas respectivos, que fueran necesarias por así requerirlo o en el caso de que lo determine la Contraloría.

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.** Ratificación del acta de la sesión anterior;

**IV.** 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 el Vocal Ejecutivo determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones.

**V.** Cédula de problemáticas o situaciones críticas. La cédula deberá ser elaborada por el Vocal Ejecutivo a sugerencia de los miembros o invitados del Comité, considerando, en su caso, la información que proporcionen las unidades normativas de las Dependencias, o en su caso las entidades, 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 Institucional 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.

**VI.** Presentación del Reporte Anual del Análisis del Desempeño de la dependencia y/o de los organismos públicos descentralizados que elabora el Titular del Órgano Interno de Control.

**VII.** Desempeño Institucional.

a) Programas Presupuestarios. Se deberán identificar e informar los programas presupuestarios que representen el 80% del presupuesto original de la dependencias o entidad, y muestren variaciones superiores a 10 puntos porcentuales al comparar:



**(1)** el presupuesto ejercido contra el modificado y

**(2)** el cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.

**b)** Proyectos de Inversión Pública. El tema aplicará sólo a las dependencias o entidades que cuenten con presupuesto autorizado en este concepto y deberán identificar e informar los proyectos de inversión pública que presenten variaciones superiores a 10 puntos porcentuales, al comparar el avance acumulado:

**(1)** del presupuesto ejercido contra el programado,

**(2)** del físico alcanzado contra el programado, y

**(3)** del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.

**c)** Pasivos contingentes. Es necesario que, en su caso, se informe al Comité sobre el impacto en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales. 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.

**d)** 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, en el marco de lo establecido en esa materia por la Secretaría.

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

#### **VIII. Programas con Padrones de Beneficiarios.**

**a)** Listado de programas de beneficiarios a registrarse en el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales, SIIPP-G, indicando el periodo de integración (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).

**b)** Informar el avance y, en su caso, los rezagos en la integración de los Padrones de Beneficiarios de los programas comprometidos al periodo, el número de beneficiarios y, cuando aplique, el monto total de los apoyos.

#### **IX. Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.**

#### **X. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:**

**a)** Informe Anual, PTCl e Informe de Resultados del Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación al Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).

**b)** Reporte de Avances Trimestral del PTCl. 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 Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTCl.



## **XI. Proceso de Administración de Riesgos Institucional.**

**a)** Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).

**b)** Reporte de Avance 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 SCIIM 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 Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

## **XII. 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 servidores públicos 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.

**XIII. Seguimiento al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno.**

**XIV. 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.

**XV. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.**

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

**SECCIÓN III**

**DE LOS ACUERDOS**

**46. 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 cada una de las Unidades Administrativas que componen el Ayuntamiento, o en su caso, las Entidades. Cuando la solución de la problemática de un acuerdo dependa de terceros ajenos del Ayuntamiento, 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 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 los miembros asistentes, en caso de empate el Coordinador General de del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, el Vocal Ejecutivo dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

**47. ENVÍO DE ACUERDOS PARA SU ATENCIÓN.** El Vocal Ejecutivo remitirá los acuerdos a los responsables de su atención, a más tardar 5 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.

Mismo que podrá solicitar el auxilio de la Contraloría, quien en uso de sus atribuciones podrá hacer exigible el cumplimiento de los acuerdos, inclusive haciendo uso de las medidas o estrategias que sean necesarias.

**48. ACUERDOS RELEVANTES DEL CONOCIMIENTO DE INSTANCIAS SUPERIORES.** El Comité determinará los acuerdos relevantes que el Coordinador General de Control Interno hará del conocimiento al Órgano de Gobierno de las entidades y en el caso de los organismos públicos descentralizados de la dependencia a la que se encuentren sectorizados.

**49. 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 30 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**

**50. REQUISITOS DEL ACTA.** Por cada sesión del Comité se levantará un acta que será foliada y contendrá al menos lo siguiente:

I. Nombres y cargos de los asistentes;

II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;

III. Acuerdos aprobados, y

IV. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión, del Coordinador General de Control Interno y de los Órganos Internos de Control según corresponda. Los invitados que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

**51. ELABORACIÓN DEL ACTA Y DE SU REVISIÓN.** El Vocal Ejecutivo elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

Los miembros del Comité y, en su caso, los invitados revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios al Vocal Ejecutivo 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 20 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

## **SECCIÓN V**

### **DE LA CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES**

**52. DE LA CARPETA DE LAS SESIONES.** La carpeta 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.

## **TRANSITORIOS**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Las presentes Disposiciones entrarán en vigor a partir de su publicación en la Gaceta Municipal. Por lo que se deberán realizar todas las adecuaciones normativas y administrativas necesarias y derivadas de las presentes Disposiciones dentro de un periodo de 90 días a partir de la entrada en vigor del instrumento.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Se derogan las disposiciones que se opongan a lo establecido en las presentes Disposiciones.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Las entidades deberán considerar los principios y normas contenidas en las presentes disposiciones para efecto de que realicen las adecuaciones normativas y administrativas necesarias en su normatividad interna y la misma guarde conformidad con las disposiciones de mérito.



**ARTÍCULO CUARTO.** Estas disposiciones podrán ser modificadas o complementadas por acuerdo del Honorable Cabildo del Ayuntamiento de San Pedro Cholula, Puebla.

**LA CONTRALORA MUNICIPAL DE SAN PEDRO CHOLULA, PUEBLA.- C. ISIS HÉRNANDEZ MANCILLA. EL SECRETARIO DEL AYUNTAMIENTO.- C. JORGE ALBERTO OJEDA MORALES. HONORABLE AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO CHOLULA, PUEBLA.**