AYUNTAMIENTO DE
COLÓN
2021-2024

INFORME DE AVANCE DE GESTIÓN FINANCIERA DEL MUNICIPIO DE COLÓN, QUERÉTARO.

1 de enero al 30 de junio de 2024

APARTADO 3 ANEXOS

NUMERAL 6: SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento a lo establecido en el artículos 4 fracción XVI, 14 y 15 de la Ley de Fiscalización Superior y Rendición de Cuentas del Estado de Querétaro; en particular sobre el **Sistema de Control Interno** señalado en el numeral **6** del **APARTADO 3 ANEXOS** del documento identificado como **GUÍA PARA LA ENTREGA DEL INFORME DE AVANCE DE GESTIÓN FINANCIERA**, se informa lo siguiente:

PRIMERO. Mediante el oficio número **SCM.476.2023**, en fecha 29 (veintinueve) de septiembre de 2023 (dos mil veintitrés), ésta Secretaría de la Contraloría Municipal de Colón, Qro., hizo de conocimiento de las Dependencias que conforman esta Administración Pública que, es responsabilidad del Órgano Interno de Gobierno, los Titulares y servidores públicos de las Dependencias que integran esta Administración Pública Municipal, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua e instrumentar los mecanismos y procedimientos específicos que se requieran para tal efecto.

También, que en la **implementación, actualización y mejora del Sistema de Control Interno**, se identificaron y clasificaron 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 metas y objetivos de la administración pública.

SEGUNDO. En este sentido, mediante los oficios con los números **SF/0898/2023**; **SP.227.2023**; **02381/SEGOB/2023**; **SGSPPPYTM/830/2023**; **UI-0013-2023**; **SEDESU/01277/2023**; **MCQ/SAY/0314/2023**; **MCQ/SA/1608/2023**; **SSPM-531-2023**; **JG.141.2023**; **SDS/063/2023**; y **SOP-1043-2023**, signados por los titulares de las Dependencias que conforman esta Administración Pública Municipal, informan a éste Órgano Interno de Control:

1) La **Metodología para identificar, evaluar, administrar y controlar los principales riesgos** considerados en cada una de aquellas Dependencias, los cuales pudieran afectar el cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan Municipal de Desarrollo, Colón 2021-2024.
2) Evaluación de riesgos de los principales proyectos y procesos para minimizar la posibilidad de fraude

(419) 292 01 08
292 00 61 - 292 02 34
www. colon.gob.mx
Facebook/MunicipioColonOficial
Plaza Héroes de la Revolución No. 1
Col. Centro, Colón, Qro. | C.P. 76270

3) Las matrices de riesgos que se elaboraron, estableciendo los respectivos planes de **recuperación de los desastres identificados.**
4) También indican como se da la comunicación e información entre el ámbito interno y externo; así como la forma en que se lleva a cabo la evaluación respecto de la efectividad de éstas líneas de comunicación.
5) De igual manera, refieren la forma en que se da la comunicación dentro de sus respectivas áreas, para la atención de los requerimientos que realizan los usuarios.

TERCERO. Por último, derivado del seguimiento al **Sistema de Control Interno del Municipio de Colón, Querétaro**, en fecha 19 (diecinueve) de diciembre de 2023 (dos mil veintitrés), se aprobó por parte del H. Ayuntamiento de este Municipio, el Acuerdo por el que se autorizan los **Lineamientos para la implementación de actividades de control del Municipio de colón, Querétaro,** los cuales se adjuntan al presente en archivo digital en formato PDF.

No omito mencionar que, en atención a lo señalado en los Lineamientos en cita, este Municipio instituirá un **Comité de Control Interno, Administración de Riesgos y Desempeño Institucional**, el cual tendrá como parte de sus objetivos, el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional, también el seguimiento permanente a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno y de las acciones de control del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y el debido cumplimiento de éstas.

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en los artículos 83 fracción V, 84 y 88 fracción II, inciso b) y fracción III, inciso a), 92 fracción IV y 109 de los Lineamientos para la implementación de actividades de control del Municipio de Colón, Querétaro.

Certificada para integrarse como ANEXO 6 del APARTADO 3 en el INFORME DE AVANCE DE GESTIÓN FINANCIERA, a los 29 (veintinueve) días del mes de julio de 2024 (dos mil veinticuatro), en el Municipio de Colón, Querétaro. CONSTE. ----------

LIC. VIANEY ALEJANDRA CAMARENA SUÁREZ
SECRETARIA DE LA CONTRALORÍA MUNICIPAL DE COLÓN, QUERÉTARO.
RÚBRICA

C.P JUAN FRANCISCO SÁENZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO DE FINANZAS

(419) 292 01 08
292 00 61 - 292 02 34
www. colon.gob.mx
Facebook/MunicipioColonOficial
Plaza Héroes de la Revolución No. 1
Col. Centro, Colón, Qro. | C.P. 76270

AYUNTAMIENTO DE COLÓN 2021-2024

Gaceta Municipal LA RAZA

Órgano de difusión del H. Ayuntamiento de Colón

29 de diciembre de 2023	**Responsable de la Publicación** M. en A.P. Jorge Alberto Cornejo Mota Secretario del H. Ayuntamiento	**No. 52 Tomo II**

ÍNDICE

EL M. EN A. P. JORGE ALBERTO CORNEJO MOTA, SECRETARIO DEL H. AYUNTAMIENTO, EN USO DE LA FACULTAD QUE LE CONFIERE EL ARTÍCULO 47 FRACCIÓN IV DE LA LEY ORGÁNICA MUNICIPAL DEL ESTADO DE QUERÉTARO,

C E R T I F I C A

Que en **Sesión Ordinaria de Cabildo de fecha 19 (diecinueve) de diciembre del 2023 (dos mil veintitrés)** el H. Ayuntamiento de Colón a, Qro., aprobó el **Acuerdo por el que se autorizan Lineamientos para la implementación de actividades de control de Municipio de Colón, Querétaro,** mismo que se transcribe a continuación

"Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 37 fracción IV, 45 fracción II y III de la Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción; 9 fracción II, 10 fracción I y 15 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; 35 de la Constitución Política del Estado de Querétaro; 1 y 2 de la Ley Orgánica Municipal del Estado de Querétaro; 6 y 12 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Querétaro del Reglamento del Órgano Interno de Control del Municipio de Colón; 5 fracción XIII y 40 del Reglamento Orgánico de la Administración Pública del Municipio de Colón, Qro; 13 fracción XI, 26 fracción II y 32 del Reglamento Interior del Ayuntamiento del Municipio de Colón, Qro.**,** y

C O N S I D E R A N D O

1. Que el artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en concordancia con lo dispuesto por el artículo 35 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Querétaro, disponen que los Estados adoptarán, para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa el Municipio Libre, estableciendo entre otras bases: que los Municipios estarán investidos de personalidad jurídica y manejarán su patrimonio conforme a la ley; administrarán libremente su hacienda, la cual se conformará de los rendimientos de los bienes que le pertenezcan, así como de las contribuciones y otros ingresos que las legislaturas establezcan a su favor.

2. En el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se crea el Sistema Nacional Anticorrupción como la instancia de coordinación entre las autoridades de todos los órdenes de gobierno competentes en la prevención, detección y sanción de responsabilidades administrativas y hechos de corrupción, así como en la fiscalización y control de recursos públicos, cuyo objetivo es que todos los servidores públicos realicen sus atribuciones dentro del marco de la ley.

3. El artículo 35 de la Constitución Política del Estado de Querétaro, señala que el municipio libre constituye la base de la división territorial y de la organización política y administrativa del estado de Querétaro, precisando que cada municipio será gobernado por un ayuntamiento de elección popular directa.

4. El artículo 30 fracción I, de la Ley Orgánica Municipal del Estado de Querétaro señala que el Ayuntamiento es competente para aprobar los bandos de policía y

gobierno, reglamentos, circulares y disposiciones administrativas de observancia general.

5. Por su parte, el artículo 146 de la citada Ley Orgánica establece que los ayuntamientos están facultados para organizar su funcionamiento y estructura, así como para regular de manera sustantiva y adjetiva las materias de su competencia, a través de bandos, reglamentos, decretos, acuerdos, circulares y demás documentos que contengan disposiciones administrativas de observancia general y obligatoria en el Municipio. Asimismo, los artículos 147, 148, 149 y 150 de dicho instrumento legal facultan a los ayuntamientos para aprobar y reformar la normatividad municipal, para la defensa de los intereses de los ciudadanos y el más eficaz ejercicio del servicio público.

6. En términos de los numerales 6 y 7 de la Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción, este se crea como la instancia de coordinación entre las autoridades de todos los órdenes de gobierno competentes en la prevención, detección y sanción de responsabilidades administrativas y hechos de corrupción, así como en la fiscalización y control de recursos públicos. Es imperante que el desempeño de los servidores públicos sea en un marco de los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en sus funciones, empleos, cargos y comisiones, por lo que el Sistema integra instituciones administrativas y jurisdiccionales encargadas de la identificación, prevención, supervisión, investigación y sanción de hechos de corrupción.

7. Por otro lado, la Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción contempla en su artículo 37 el Sistema Nacional de Fiscalización, situándolo como un subsistema que funciona como eje central del Sistema Nacional Anticorrupción, a efecto de que las acciones del Estado para prevenir y sancionar la corrupción se lleven a cabo dentro de un sistema integral. Este sistema contempla fortalecer el régimen jurídico respecto a los controles internos, facultados para prevenir, corregir e investigar actos u omisiones que pudieran constituir responsabilidades administrativas..

8. En virtud de lo anterior, se recibió en la Secretaría del H. Ayuntamiento del Municipio de Colón, Qro., el oficio suscrito por el Lic. Cerjio Ríos Vargas, Secretario de la Contraloría Municipal, por medio del cual remite los Lineamientos para la implementación de actividades de control de Municipio de Colón, Querétaro. Por lo que, atendiendo a lo anterior, se integró en los archivos de la Dirección de Asuntos de Cabildo de la Secretaría del Ayuntamiento el expediente **CGyCCC/111/DAC/2023**.

9. Con fundamento en lo dispuesto en el numeral 26 fracción II del Reglamento Interior del Ayuntamiento del Municipio de Colón, Qro., la Secretaría del Ayuntamiento remitió mediante oficio MCQ/SAY/DAC/724/2023, de fecha 13 de diciembre del 2023, el expediente referido a las Comisión de Gobernación, para su estudio y consideración.

10. Que en atención a lo dispuesto por el artículo 38 fracción I de la Ley Orgánica Municipal del Estado de Querétaro, los miembros de las Comisiones Unidas de

Gobernación y de Combate a la Corrupción se reunieron para realizar el estudio y trámite del presente asunto, considerando viable la autorización de los Lineamientos para la implementación de actividades de control de Municipio de Colón, Querétaro.

11. Lo anterior es concordante con el Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024 de Colón, Querétaro, mismo que establece en su Eje 5 “Gobierno Abierto y Cercano a la Gente” el cual tiene dentro de su Estrategia 5.1, la línea de Acción 5.1.2 misma que tiene como objetivo el Actualizar la Reglamentación, lineamientos y manuales aplicables a la Administración y el ejercicio de los recursos públicos municipales.”

Por lo anterior, el Honorable Ayuntamiento del Municipio de Colón, Querétaro aprobó en el punto 4, apartado II, inciso 3) del Orden del Día, por **Mayoría Calificada** de votos de sus integrantes presentes, el siguiente:

“

A C U E R D O:

ÚNICO. Se autorizan los Lineamientos para la implementación de actividades de control de Municipio de Colón, Querétaro, para quedar en los términos plasmados en el presente instrumento:

LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DE CONTROL DEL MUNICIPIO DE COLÓN, QUERÉTARO

TÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

Artículo 1. Observación

El presente Acuerdo tiene por objeto establecer los Lineamientos, que las dependencias, entidades e institutos desconcentrados del Municipio de Colón, deberán observar para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua de su Sistema de Control Interno Institucional.

Artículo 2. Base de referencia, objeto y ámbito de aplicación

Los titulares y, en su caso, el Órgano de Gobierno, así como los demás servidores públicos de las dependencias, entidades e institutos desconcentrados del Municipio de Colón, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su Sistema de Control Interno, tomando como referencia los criterios y disposiciones que establezca el Sistema Nacional de Fiscalización y como base los presentes Lineamientos, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

Artículo 3. Definiciones

Para efectos de los presentes Lineamientos se entenderá por:

I. **Acción (es) de control**: las actividades determinadas e implantadas por los Titulares y demás servidores públicos de las dependencias, entidades e institutos desconcentrados del Municipio de Colón para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;

II. **Acción (es) de mejora**: las actividades determinadas e implantadas por los Titulares y demás servidores públicos de las dependencias, entidades e institutos desconcentrados del Municipio de Colón para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;

III. **Actividades de Control**: Son políticas, procedimientos u acciones que se establecen con la finalidad de asegurar que las respuestas a los riesgos se lleven a cabo eficazmente.

IV. **Administración**: los servidores públicos de mandos superiores y medios diferentes al Presidente del Municipio de Colón;

V. **Administración de riesgos**: el proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;

VI. **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;

VII. **Autocontrol:** la implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos institucionales;

VIII. **Ayuntamiento**: es el órgano colegiado de representación popular, pilar de la estructura gubernamental y claro representante de los intereses de los habitantes del Municipio, que debe de ejecutar todo tipo de acciones en el ámbito de su competencia tendientes a lograr una administración municipal eficiente, de conformidad a lo que establece el artículo 2 de la Ley Orgánica Municipal del Estado de Querétaro.

IX. **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;

X. **Comité o CIAR**: el Comité de Control Interno, Administración de Riesgos y Desempeño

Institucional del Municipio de Colón;

XI. **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;

XII. **Control correctivo** (después): el mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones;

XIII. **Control detectivo** (durante): el mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;

XIV. **Control Interno**: el proceso efectuado por el Presidente, la Administración y los demás servidores públicos del Municipio de Colón, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad;

XV. **Control preventivo** (antes): el mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de las metas y objetivos institucionales;

XVI. **Coordinación de Control Interno**: La Jefatura Gabinete, que evalúa el desempeño del Municipio de Colón.

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

XVIII. **Dependencias**: las Secretarías del Municipio de Colón, incluyendo a sus órganos administrativos desconcentrados.

XIX. **Dirección de Sistemas**: la Dirección de Sistemas de la Información del Municipio de Colón, responsable de proveer infraestructura y servicios de TIC´s.

XX. **Economía**: los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida;

XXI. **Eficacia**: el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;

XXII. **Eficiencia**: el logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos;

XXIII. **Elementos de control**: los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada dependencia en su sistema de control interno para asegurar que su implementación,

operación y actualización sea apropiada y razonable;

XXIV. **Entidades**: los organismos públicos descentralizados del Municipio de Colón;

XXV. **Evaluación del Sistema de Control Interno**: el proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen las normas generales de control interno y sus principios, así como los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías;

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

XXVII. **Gestión de riesgos de corrupción**: Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses 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, en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y/o servicios internos y externos;

XXVIII. **Impacto o efecto**: las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;

XXIX. **Informe Anual**: el Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional;

XXX. **Institución**: La Administración Pública del Municipio de Colón;

XXXI. **Lineamientos**: Los Lineamientos Generales del Marco Integrado de Control Interno del Municipio de Colón;

XXXII. **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;

XXXIII. **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;

XXXIV. **Matriz de Administración de Riesgos**: la herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la Institución, considerando las etapas de la metodología de administración de riegos;

XXXV. **MICI**: Marco Integrado 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;

XXXVII. **Mejora continua**: al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica;

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;

XXXIX. **Municipio:** El Municipio de Colón;

XL. **Objetivos institucionales:** conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Municipal de Desarrollo, en términos del artículo 117 de la Ley Orgánica Municipal del Estado de Querétaro.

XLI. **Órgano Interno de Control**: La Secretaría de la Contraloría Municipal de Colón, Querétaro, es el organismo público desconcentrado del Ayuntamiento con autonomía técnica y le corresponde la aplicación en el ámbito de su competencia de acciones de prevención, vigilancia, control, fiscalización, evaluación y anticorrupción, con el objetivo de que los recursos humanos, materiales y financieros del Municipio, se administren y ejerzan adecuadamente conforme a los planes, programas y presupuesto aprobados, atendiendo a su ámbito de competencia.

XLII. **PMD**: Plan Municipal de Desarrollo.

XLIII. **Presidente**: El Presidente del Municipio de Colón;

XLIV. **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.

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

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

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

XLVIII. **PTAR**: el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

XLIX. **PTCI**: el Programa de Trabajo de Control Interno;

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

LI. **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;

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

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

LIV. **Sistema de Control Interno Institucional o SCII**: El conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por la Institución 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;

LV. **Sistema de información:** el conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control de la Institución;

LVI. **Sistema Informático:** la herramienta electrónica administrada por el Órgano Interno de Control para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en los presentes Lineamientos;

LVII. **TIC´s**: las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;

LVIII. **Unidades administrativas**: Las comprendidas en el reglamento interior, estatuto orgánico y/o estructura orgánica básica de la Institución, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente;

CAPÍTULO II

RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA

Artículo 4. Responsables de su aplicación

Será responsabilidad del Presidente del Municipio de Colón, los Titulares de las dependencias, entidades, institutos desconcentrados y en general la totalidad de los servidores públicos de la Institución, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno Institucional, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; además de instrumentar los

mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de los presentes Lineamientos.

En la implementación, actualización y mejora del SCII, se identificarán y clasificarán los mecanismos de control en preventivos, detectivos y correctivos, privilegiándose los preventivos y las prácticas de autocontrol, para evitar que se produzcan resultados o acontecimientos no deseados o inesperados que impidan en términos de eficiencia, eficacia y economía el cumplimiento de las metas y objetivos de la institución.

Artículo 5. Designación del Coordinador de Control Interno y Enlaces

El Presidente del Municipio de Colón designará, mediante oficio, a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno para asistirlo en la aplicación y seguimiento de los presentes Lineamientos, nombramiento que recaerá en el Titular de la Jefatura de Gabinete.

El Coordinador de Control Interno designará, mediante oficio, al Enlace del CIAR, quien deberá tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste. En el oficio de designación se deberá marcar copia al Titular del Órgano Interno de Control, con el propósito de que éste solicite la baja y alta para el designado de claves de acceso al sistema informático del CIAR. Los cambios en la designación anterior se informarán de la misma forma, dentro de los 10 días hábiles posteriores a que se efectúe.

El Titular del Órgano Interno de Control designará, mediante oficio, al Enlace de Administración de Riesgos, quien deberá tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste; el nombramiento recaerá preferentemente en algún responsable de Riesgos del Órgano Interno de Control.

Artículo 6. De su vigilancia y asesoría

El Órgano Interno de Control, conforme a sus respectivas atribuciones, será responsable de vigilar la implementación y aplicación adecuada de los Lineamientos; adicionalmente, el Órgano Interno de Control, en el ámbito de su competencia, otorgará la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para la implementación de su SCII.

CAPÍTULO III

USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

Artículo 7. De las cuentas de correo estandarizadas

El Coordinador de Control Interno y los Enlaces gestionarán a través de la Coordinación de Informática de la Secretaría de Finanzas, la creación y asignación de cuentas de correo estandarizadas con el dominio de la Institución, su uso quedará bajo responsabilidad de los mismos, debiendo cumplir lo siguiente:

Designación	**Correo electrónico estandarizado**
Coordinador de Control Interno	coordinadorci@municipiodecolon.gob.mx
Enlace de ARI	enlaceari@municipiodecolon.gob.mx
Designación	**Correo electrónico estandarizado**
Enlace del CIAR	enlaceciar@municipiodecolon.gob.mx

Las cuentas de correo estandarizadas son el medio oficial de comunicación del Órgano Interno de Control; serán permanentes y transferibles a los servidores públicos que asuman cada designación; no deberán cancelarse y/o dar de baja, siendo responsabilidad del Coordinador de Control Interno y de cada Enlace, proveer lo necesario ante la Dirección de Sistemas para que las cuentas permanezcan activas.

Artículo 8. De la sistematización

Las dependencias que hayan realizado acciones de mejora funcionales y una sistematización integral de los procesos en materia de control interno podrán operar con sus procedimientos optimizados, siempre que acrediten ante el Órgano Interno de Control, que los mismos son compatibles con lo establecido en los Lineamientos.

TÍTULO SEGUNDO

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I

ESTRUCTURA DEL MODELO

Artículo 9. Categorías del objetivo del control interno

El control interno tiene como objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas de la Institución 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 Instituciones, y

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

El presente Marco Integrado de Control Interno se Integra por 5 Componentes de Control Interno, 17 principios y elementos y actividades de control que a continuación se detallan:

CAPÍTULO II

PRIMER COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Artículo 10. 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, el Presidente y la Administración, 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 principios, elementos y actividades de control descritos en este capítulo.

SECCIÓN I

PRINCIPIO 1. MOSTRAR ACTITUD DE RESPALDO Y COMPROMISO.

Artículo 11. Actitud de Respaldo del Presidente y la Administración

El Presidente y 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 y Código de Conducta del Municipio de Colón, a través del Comité de Control Interno y del Comité de Ética del Municipio de Colón.

I. El Presidente y la Administración deben demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.

II. El Presidente y la Administración deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución. En las dependencias con mayor tamaño administrativo, los distintos niveles administrativos en la estructura organizacional también deben establecer la actitud de respaldo de la Administración.

III. Las directrices, actitudes y conductas del Presidente y de los Titulares de las dependencias deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la institución.

IV. 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.

Actividades de Control:

I.1. La Institución debe contar con lineamientos generales en materia de Control Interno. Este Marco Integrado de Control Interno es el ordenamiento en materia de Control Interno aplicable al Municipio de Colón, de observancia obligatoria.

I.2. La Institución debe contar con un comité o grupo de trabajo o instancia análoga en materia de Control, Interno, Administración de Riesgos y Desempeño Institucional para el tratamiento de asuntos relacionados con la institución. Este Comité debe estar integrado por los titulares de las áreas que realizan las funciones sustantivas y de apoyo a la administración de la institución, así como por el Órgano Interno de Control.

I.3. La institución debe contar con un Comité de Ética formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento del Código de Ética y el Código de Conducta.

I.4. Los servidores públicos de la Institución, deben conocer y asegurar en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales.

I.5. Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico deben estar comunicados y asignados a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento.

Artículo 12. Normas de Conducta

I. La Administración debe establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.

II. La Administración, con la supervisión de los Titulares deben definir las expectativas que guarda la institución respecto de los valores éticos en las normas de conducta.

Actividades de Control:

I.6. La institución debe tener formalizado y actualizado un Código de Ética.

I.7. La institución debe tener formalizado y actualizado un Código de Conducta.

I.8. La Institución debe contar con una Política de Escalamiento Ético.

Artículo 13. Apego a las Normas de Conducta

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

II. La Administración debe utilizar las normas de conducta como base para evaluar el apego a la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en toda la institución.

III. 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 advertencias a los servidores públicos, siempre atendiendo el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna, consistente y aplicando las leyes y reglamentos correspondientes.

Actividades de Control:

I.9. El Código de Ética y el Código de Conducta deben darse a conocer a todo el personal de la institución. El Órgano Interno de Control puede utilizar los medios de difusión que estime más convenientes para su máxima publicidad tales como: cursos de capacitación, carteles, trípticos y folletos, Intranet, correo electrónico, página web, etc.

I.10. El Código de Conducta debería darse a conocer a otras personas con las que se relaciona la institución (terceros, tales como: contratistas, proveedores, prestadores de servicios, ciudadanía, etc.). La Institución puede utilizar los medios de difusión que estime más convenientes tales como: carteles, trípticos, folletos, página web, etc.

I.11. La institución debe recabar, por escrito y de manera periódica, de todo su personal y sin distinción de jerarquías, la aceptación formal y el compromiso de cumplir con el Código de Ética y el de Conducta.

I.12. El Comité de Ética debe tener formalmente establecidos lineamientos o reglas para su operación y un programa de actualización profesional para los miembros de dicho grupo de trabajo.

I.13. La Institución debe contar con un procedimiento establecido para vigilar, detectar,

investigar y documentar las posibles violaciones a los valores éticos y a las normas de conducta de la institución supeditado al Comité de Ética.

I.14. La institución debe contar con medios para recibir denuncias de posibles violaciones a los valores éticos y a las normas de conducta, supeditado al Comité de Ética.

I.15. El Comité de Ética debe informar a las instancias superiores sobre el estado que guarda la atención de las investigaciones de las denuncias por actos contrarios a la ética y conducta institucionales que involucren a los servidores públicos de la institución.

Artículo 14. Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción

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 y actividades de control incluidos en dicho componente).

Actividades de Control:

I.16. La Institución debe contar con un Programa de Capacitación continua de ética, conducta y gestión de riesgos.

Artículo 15. Cumplimiento, Supervisión y Actualización Continua del Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.

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.

Actividades de Control:

* Son aplicables los controles establecidos en la sección IV de este Capítulo.

SECCIÓN II

PRINCIPIO 2. EJERCER LA RESPONSABILIDAD DE VIGILANCIA.

Artículo 16. Estructura de Vigilancia

El Presidente y los responsables de las dependencias son responsables de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto:

El Presidente y los Titulares de las dependencias son responsables de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características de la institución.

Actividades de Control:

I.17. El Comité de Control Interno debe tener formalmente establecidos lineamientos o reglas para su operación y un programa de actualización profesional para los miembros de dicho grupo de trabajo, mismo que en cuanto a la Administración de Riesgos debe de contar al menos con las siguientes funciones:

a) Proponer la política y la estratégica para la administración de riesgos en la institución.

b) Promover una cultura de riesgos y la capacitación necesaria en esta materia.

c) Establecer la política de riesgos de la institución.

d) Conocer de los riesgos y tomar decisiones sobre la respuesta a los mismos.

e) Aprobar las políticas y metodología para identificar, evaluar, administrar y controlar los riesgos.

I.18. La Institución debe contar, a través del Órgano Interno de Control, con un área de Coordinación de Proyectos y Gestión de Riesgos, que permita apoyar técnica y logísticamente las actividades de Administración y/o Gestión de Riesgos en materia de Control Interno descritas previamente.

I.19. La Institución debe contar con un Comité o grupo de trabajo o instancia análoga en materia de Adquisiciones para el tratamiento de asuntos relacionados con la institución. El Comité de Adquisiciones debe tener formalmente establecidos lineamientos o reglas para su operación y un programa de actualización profesional para los miembros de dicho grupo de trabajo.

I.20. La Institución debe contar con un Comité o grupo de trabajo o instancia análoga en materia de Auditoría Interna para el tratamiento de asuntos relacionados con la institución. El Comité de Auditoría Interna debe tener formalmente establecidos lineamientos o reglas para su operación y un programa de actualización profesional para los miembros de dicho grupo de trabajo.

I.21. La Institución debe contar con un Comité o grupo de trabajo o instancia análoga en materia de Obra Pública para el tratamiento de asuntos relacionados con la institución. El Comité de Obra Pública debe tener formalmente establecidos lineamientos o reglas para su operación y un programa de actualización profesional para los miembros de dicho grupo de trabajo

I.22. La Institución debe operar en cada uno de sus procesos con un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), para cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

* Son aplicables, asimismo, los controles I.1, I.2 y I.3 indicados en el artículo 11 del presente.

Artículo 17. Responsabilidades del Presidente y del Coordinador de Control Interno

El Presidente y el Coordinador de Control Interno 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.

Artículo 18. Requisitos del Coordinador de Control Interno

I. En la selección del Coordinador de Control Interno se debe considerar el conocimiento necesario respecto de la institución, los conocimientos especializados pertinentes, su neutralidad, independencia y objetividad técnica requeridos para cumplir con las responsabilidades de vigilancia en la institución.

II. El Coordinador de Control Interno, debe comprender los objetivos de la institución, sus riesgos asociados y las expectativas de sus grupos de interés.

III. El Coordinador de Control Interno debe demostrar además la pericia requerida para vigilar, deliberar y evaluar el control interno de la institución.

Artículo 19. Vigilancia General del Control Interno

El Coordinador de Control Interno y los Titulares de las dependencias deben vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del control interno realizado por la Administración. Las responsabilidades del Coordinador de Control Interno y de los Titulares de las Dependencias y Entidades, entre otras, son las siguientes:

I. **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 Presidente y de las principales partes interesadas.

II. **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.

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

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

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

Artículo 20. Corrección de deficiencias

I. El Coordinador de Control Interno debe proporcionar información a la Administración para

dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

II. La Administración debe informar al Presidente o, en su caso, al Ayuntamiento, a través de los canales establecidos, sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas.

III. El Coordinador de Control Interno es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

Actividades de Control:

* Son aplicables los controles establecidos en los Capítulos V y VI de este Título.

SECCIÓN III

PRINCIPIO 3. ESTABLECER LA ESTRUCTURA, RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD.

Artículo 21. Estructura Organizacional, Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad

El Presidente 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:

I. El Presidente 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.

II. La Administración debe desarrollar y actualizar la estructura organizacional con entendimiento de las responsabilidades generales, y debe asignarlas a las distintas unidades para que la institución 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.

III. 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.

IV. El Coordinador de Control Interno 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.

V. Para alcanzar los objetivos institucionales, el Presidente debe asignar responsabilidad y delegar autoridad a los puestos clave a lo largo de la institución.

VI. La Administración 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.

VII. El Coordinador de Control Interno debe determinar qué nivel de autoridad necesitan los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.

Actividades de Control:

I.23. La institución debe contar con un Reglamento Interior, Estatuto Orgánico u otro documento normativo en el que se establezca su naturaleza jurídica, sus atribuciones, ámbito de actuación, entre otros aspectos.

I.24. La institución debe contar con un Manual General de Organización o algún documento de similar naturaleza en el que se establezca su estructura orgánica y las funciones de sus unidades administrativas.

I.25. La Institución debe contar con un documento donde se establezcan las facultades y atribuciones del Titular de la institución.

I.26. La Institución debe contar con una estructura organizacional que permita definir autoridad y responsabilidad, segregar y delegar funciones, delimitar facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos.

I.27. La Institución debe contar con un mapeo completo de los procesos, tareas y actividades de su operación, así como de todo sistema, subsistema y/o componente que lo integre. Dicho mapeo debe permitir con claridad identificar los procesos de tipo sustantivo, adjetivo y/o cualquier otro, al tiempo que permite clasificarlos como procesos:

a) Orientados al Ciudadano

b) Orientados a la Gestión y/o Administración, y

c) Orientados al Soporte.

I.28. Los Manuales de organización y los procedimientos de las Dependencias y Entidades del Municipio deben estar alineados a los objetivos y metas institucionales definidas por el PMD y deben ser actualizadas con base en las atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable.

I.29. La Institución debe contar con una Matriz de Roles y Responsabilidades y/o documento análogo, así como con un organigrama funcional.

Artículo 22. Documentación y Formalización del Control Interno

I. La Administración debe desarrollar y actualizar la documentación y formalización de su control interno.

II. La documentación y formalización efectiva del control interno apoya a la Administración 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.

III. La Administración debe documentar y formalizar el control interno para satisfacer las necesidades operativas de la institución. 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.

IV. La extensión de la documentación necesaria para respaldar el diseño, implementación y eficacia operativa de los cinco Componentes de Control Interno depende del juicio de la Administración, del mandato institucional y de las disposiciones jurídicas aplicables.

Actividades de Control:

I.30. La institución debe contar con un Procedimiento de Control de Documentos y registros en materia de Control Interno, Administración de Riesgos y Desempeño Institucional.

I.31. La Institución debe contar con una Lista maestra de documentos y registros en materia de Control Interno, Administración de Riesgos y Desempeño Institucional.

SECCIÓN IV
PRINCIPIO 4. DEMOSTRAR COMPROMISO CON LA COMPETENCIA PROFESIONAL.

Artículo 23. Expectativas de Competencia Profesional

La Administración es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo:

I. 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.

II. 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 Sistema de Control Interno.

III. 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.

Actividades de Control:

I.32. La Institución debe contar con un catálogo de puestos actualizado y alineado a los objetivos y metas institucionales.

I.33. La Institución debe contar con perfiles y descripciones de puestos actualizados conforme a las funciones requeridas y alineadas a los procesos establecidos para el cumplimiento del Plan Municipal de Desarrollo.

I.34. La Institución debe contar con un Procedimiento formalizado de Formación y Gestión del Talento Humano y/o documento análogo.

I.35. La Institución debe contar con Matrices de competencias y/o habilidades y/o documento análogo que permitan dar seguimiento puntual, detallado e individual de los requerimientos, avance y seguimiento de competencias del personal.

I.36. La Institución debe contar con un Plan de Formación, Capacitación y su Seguimiento respectivo.

I.37. La Institución debe contar con Registros de formación, cualidades, competencias, experiencia y cualificaciones individuales y detallados del personal que lo integra.

Artículo 24. Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales

La Administración debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos de la institución. Por lo tanto, debe seleccionar y contratar, capacitar, proveer orientación en el desempeño, motivación y reforzamiento del personal.

Actividades de Control:

I.38. La institución debe contar con un Manual de Procedimientos formalizado para la Administración de los Recursos Humanos, que incluya al menos, las siguientes actividades: Reclutamiento y selección de personal; ingreso; contratación; capacitación; evaluación de desempeño; promoción y ascensos, y separación o baja de personal.

* Son aplicables los controles establecidos en el artículo 23 de este ordenamiento.

Artículo 25. Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias

I. 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.

II. 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.

III. 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.

Actividades de Control:

I.39. La institución debe contar con un Plan y procedimientos formalizados de Sucesión.

I.40. La Institución debe contar con un Sistema de Gestión de la Continuidad del Negocio (SGCN) que le permita:

a) Determinar la competencia necesaria del personal que realiza las operaciones sustantivas que pueden afectar su desempeño y continuidad operacional;

b) Garantizar que el personal personas sea competente sobre la base de una educación, capacitación o experiencia apropiadas.

c) Cuando corresponda, tomar medidas para adquirir la competencia necesaria y evaluar la efectividad de las acciones tomadas.

d) Retener información documentada apropiada como evidencia de competencia.

La organización debe determinar los requisitos de recursos para implementar las soluciones de continuidad de negocio seleccionadas. Los tipos de recursos considerados incluirán, pero no se limitarán a:

- Personas;
- Información y datos;
- Infraestructura física como edificios, lugares de trabajo u otras instalaciones y servicios asociados;
- Equipos y consumibles;
- Sistemas de tecnología de la información y la comunicación (TIC);
- Transporte y logística;
- Finanzas;
- Partes interesadas y proveedores

* Son aplicables los controles establecidos en los artículos 23 y 24 de este ordenamiento.

SECCIÓN V

PRINCIPIO 5. ESTABLECER LA ESTRUCTURA PARA EL REFORZAMIENTO DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS.

Artículo 26. Establecimiento de la Estructura para Responsabilizar al Personal por sus Obligaciones de Control Interno.

La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en la institución y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en el SCII:

I. 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 Presidente o, en su caso, el Coordinador de Control Interno debe evaluar y responsabilizar a la Administración por el desempeño de sus funciones en materia de control interno.

II. En caso de que la Administración 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.

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

IV. La Administración, bajo la supervisión del Presidente o, en su caso, del Coordinador de Control Interno debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas.

Actividades de Control:

I.41. La Institución debe contar con un documento donde se establezcan las áreas, funciones y responsables para dar cumplimiento a las obligaciones de la institución en materia de transparencia y acceso a la información.

I.42. La Institución debe contar con un documento donde se establezcan las áreas, funciones y responsables para dar cumplimiento a las obligaciones de la institución en materia de fiscalización.

I.43. La Institución debe contar con un documento que donde se establezcan las áreas, funciones y responsables para dar cumplimiento a las obligaciones de la institución en materia de rendición de cuentas.

I.44. La Institución debe contar con un documento que donde se establezcan las áreas, funciones y responsables para dar cumplimiento a las obligaciones de la institución en materia de armonización contable.

*Son aplicables los controles establecidos en los artículos 21 y 23 de este ordenamiento.

Artículo 27. Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal.

I. La Administración debe equilibrar las presiones excesivas sobre el personal de la institución.

II. 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.

Actividades de Control:

I.45. Se debe aplicar, al menos una vez al año, una encuesta de clima organizacional, con base en la cual se debe:

a) Identificar áreas de oportunidad

b) Determinar acciones de mejora

c) Dan seguimiento a los incisos anteriores, y

d) Evaluar sus resultados.

I.46. La Institución debe contar con un procedimiento formalizado para evaluar el desempeño del personal que labora en la institución.

CAPÍTULO III

SEGUNDO COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Artículo 28. Administración de Riesgos

Es el proceso dinámico desarrollado para **identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos**, incluidos los de corrupción, **inherentes o asociados a los procesos** por los cuales

se logra el mandato de la institución, **mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos**, **con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos 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 Presidente, la Administración y, en su caso, el Coordinador de Control Interno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los principios, elementos y actividades de control de este capítulo.

SECCIÓN I
PRINCIPIO 6. DEFINIR METAS Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES.

Artículo 29. Definición de Objetivos

El Presidente, 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:

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

II. La Administración 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.

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

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

V. La Administración 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.

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

Actividades de Control:

II.1. La institución debe contar con un Plan o Programa Estratégico o documento análogo en el que se establezcan sus objetivos y metas estratégicos. El Plan Municipal de Desarrollo es el documento que corresponde al Municipio de Colón en cuanto a este control requerido.

II.2. La institución debe tener establecidos indicadores cuantitativos para medir el cumplimiento de los objetivos de su PMD, diferenciando entre estratégicos, de operación o gestión, de información y de cumplimiento. Deben determinarse parámetros de cumplimiento respecto de las metas establecidas que permitan delimitar niveles de variación aceptable y establecer tableros o semáforos de control.

II.3. La programación, presupuestación, distribución y asignación de los recursos en la institución deben ser realizados con base en los objetivos estratégicos establecidos en el PMD

II.4. A partir de los objetivos estratégicos institucionales autorizados, deben establecerse objetivos y metas específicos para las diferentes unidades o áreas de la estructura organizacional de la institución.

II.5. Los objetivos establecidos por la institución en su PMD, así como los objetivos específicos de las unidades o áreas administrativas, deben darse a conocer formalmente a los titulares o encargados de las áreas responsables de su cumplimiento.

SECCIÓN II
PRINCIPIO 7. IDENTIFICAR, ANALIZAR Y RESPONDER A LOS RIESGOS.

Artículo 30. Identificación y Análisis de Riesgos.

La Administración, 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 de la institución, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas:

I. La Administración debe identificar riesgos en toda la Institución para proporcionar una base para analizarlos, diseñar respuestas y determinar si están asociados con el mandato institucional, su plan estratégico y los objetivos del Plan Municipal de Desarrollo de acuerdo con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica, y de conformidad con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

II. Para identificar riesgos, la Administración debe considerar los tipos de eventos que impactan a la institución. Esto incluye tanto el riesgo inherente como el riesgo residual. El riesgo inherente es el riesgo que enfrenta la institución cuando la Administración no responde ante el riesgo. El riesgo residual es el riesgo que permanece después de la respuesta de la Administración al riesgo inherente. La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos puede causar deficiencias graves en el control interno.

III. La Administración debe considerar todas las interacciones significativas dentro de la institución y con las partes externas, cambios y otros factores tanto internos como externos, para identificar riesgos en toda la institución.

IV. La Administración debe analizar los riesgos identificados para estimar su relevancia, lo cual provee la base para responder a éstos. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos.

V. La Administración debe estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel institución como a nivel transacción. La Administración debe estimar la importancia de un riesgo al considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza del riesgo.

VI. Los riesgos pueden ser analizados sobre bases individuales o agrupadas dentro de categorías de riesgos asociados, los cuales son analizados de manera colectiva. La Administración debe

considerar la correlación entre los distintos riesgos o grupos de riesgos al estimar su relevancia.

Actividades de Control:

II.6. La Institución debe contar con un procedimiento formalizado para tratar o abordar el riesgo y oportunidades y la aplicación de una metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, tratamiento, control y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control, que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos en PMD.

II.7. En la aplicación de la metodología referida en el punto anterior, la Institución debe utilizar un Modelo de Cálculo de Riesgo y Matriz y/o Mapa de Gestión de Riesgos.

II.8. Los procesos sustantivos y adjetivos (administrativos) de la Institución deben ser evaluados, periódicamente, en términos de los riesgos que en caso de materializarse pudieran afectar la consecución de los objetivos de la institución.

II.9. Las actividades de control interno deben atender y mitigar los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas deben ser ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad;

II.10. La Institución debe instrumentar 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.

II.11. La institución debe tener identificados los riesgos que pudieran afectar el cumplimiento de sus objetivos y metas, identificando claramente los niveles en los que se realiza la identificación de riesgos en la institución:

a) Dependencias y/o Entidades
b) Direcciones
c) Áreas
d) Programas
e) Fondos Federales
f) Subsidios
g) Procesos
h) Otros

Artículo 31. Respuesta a los Riesgos.

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

II. Con base en la respuesta al riesgo seleccionada, la Administración debe diseñar acciones específicas de atención, como un programa de trabajo de administración de riesgos, el cual proveerá mayor garantía de que la institución alcanzará sus objetivos. La Administración debe efectuar evaluaciones periódicas de riesgos con el fin de asegurar la efectividad de las acciones de control propuestas para mitigarlos.

Actividades de Control:

*Son aplicables los controles establecidos en el artículo 30 de este ordenamiento.

SECCIÓN III

PRINCIPIO 8. CONSIDERAR EL RIESGO DE CORRUPCIÓN.

Artículo 32. Tipos de Corrupción.

La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los 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:

La Administración 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:

I. **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.

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

III. **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.

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

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

VI. **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.

VII. **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.

VIII. **Coalición con otros servidores públicos o terceros** para obtener ventajas o ganancias ilícitas.

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

X. **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.

XI. **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.

XII. **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.

Artículo 33. Factores de Riesgo de Corrupción.

Además de la corrupción, la Administración 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.

I. La Administración 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.

II. La Administración 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.

Artículo 34. Respuesta a los Riesgos de Corrupción.

I. La Administración 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.

II. La Administración 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 anticorrupción en la institución. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre el personal para mejorar la segregación de funciones.

Actividades de Control:

*Son aplicables los controles establecidos en el artículo 30 de este ordenamiento.

SECCIÓN IV

PRINCIPIO 9. IDENTIFICAR, ANALIZAR Y RESPONDER AL CAMBIO.

Artículo 35. Identificación, Análisis y Respuesta al Cambio

La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el control interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan 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 institución mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.

I. En la administración de riesgos o un proceso similar, la Administración 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.

II. La Administración 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).

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

IV. 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.

Actividades de Control:

II.12. La Institución debe contar con un Procedimiento formalizado de Planeación de los cambios.

*Son aplicables los controles establecidos en los artículos 25, 29 y 30 de este ordenamiento.

CAPÍTULO IV
TERCER COMPONENTE

ACTIVIDADES DE CONTROL.

Artículo 36. Actividades de Control.

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

Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la 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. 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 puesto, área o unidad administrativa. Para la aplicación de esta norma, el Presidente, la Administración y, en su caso, el Coordinador de Control Interno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los principios, elementos y actividades de control indicados en este capítulo.

SECCIÓN I
PRINCIPIO 10. DISEÑAR ACTIVIDADES DE CONTROL.

Artículo 37. Respuesta a los Objetivos y Riesgos.

La Administración 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:

La Administración 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 eficaz y apropiado.

Actividades de Control:

III.1. La Institución debe seleccionar y desarrollar actividades de control que ayuden 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.

III.2. La Institución debe definir claramente las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal.

III.3. La Institución debe tener en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que midan su avance, resultados y el análisis de las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales.

III.4. La Institución debe tener establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de sus procesos.

III.5. La Institución debe contar con un Programa para el fortalecimiento del Control Interno de los procesos sustantivos y adjetivos relevantes de la institución.

III.6. La institución debe contar con Reglamento Interno, Manual General de Organización o algún documento análogo, debidamente autorizado, donde se establezcan las atribuciones y funciones del personal de las áreas y/o unidades administrativas que son responsables de los procesos sustantivos y adjetivos.

III.7. La institución debe contar con una política, manual o documento análogo, en el que se establezca la obligación de evaluar y actualizar periódicamente las políticas y procedimientos, particularmente de los procesos sustantivos y adjetivos.

Artículo 38. Diseño de Actividades de Control Apropiadas y en varios niveles

I. La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudan al Presidente y a la Administración 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 presentan de manera enunciativa, mas no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la institución:

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

   b) Administración del capital humano.

   c) Controles sobre el procesamiento de la información.

   d) Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.

   e) Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño.

   f) Segregación de funciones.

   g) Ejecución apropiada de transacciones.

   h) Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.

   i) Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos.

   j) Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno.

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

III. La Administración 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 Administración debe diseñar actividades de control tanto preventivas como detectivas para esa transacción, proceso, unidad administrativa o función.

IV. 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 Administración debe diseñar actividades de control para asegurar que dichas tecnologías se mantienen funcionando correctamente y son apropiadas para el tamaño, características y mandato de la institución.

V. La Administración debe diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.

VI. La Administración 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.

VII. Los controles a nivel institución tienen un efecto generalizado en el control interno y pueden relacionarse con más de uno de los Componentes de Control Interno.

VIII. 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.

IX. Al elegir entre actividades de control a nivel institución o de transacción, la Administración debe evaluar el nivel de precisión necesario para que la institución cumpla con sus objetivos y enfrente los riesgos relacionados, 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.

Actividades de Control:

III.8. La Institución debe establecer 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.

III.9. La Institución debe identificar en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención;

III.10. La Institución debe evaluar y actualizar en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control.

III.11. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, deben ser atendidas en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia.

III.12. La institución debe contar con sistemas informáticos que apoyen el desarrollo de sus actividades sustantivas, financieras o administrativas.

Artículo 39. Segregación de Funciones.

I. La Administración debe considerar la segregación de funciones en el diseño de las

responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean segregadas y, cuando dicha segregación no sea práctica, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.

II. La segregación 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.

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

SECCIÓN II
PRINCIPIO 11. SELECCIONAR Y DESARROLLAR ACTIVIDADES DE CONTROL BASADAS EN LAS TIC´S.

Artículo 40. Desarrollo de los Sistemas de Información.

La Administración 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.

I. La Administración 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.

II. La Administración 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.

III. 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).

IV. La Administración debe desarrollar los sistemas de información y el uso de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la institución. 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.

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

Actividades de Control:

III.13. La Institución debe operar y contar en sus procesos con actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;

III.14. La Institución debe identificar y evaluar las necesidades de utilizar TIC's en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren.

Artículo 41. Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropiadas.

I. La Administración debe diseñar actividades de control apropiados en los sistemas 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.

II. 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.

III. 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 y los controles para los sistemas de administración de datos, entre otros.

Actividades de Control:

III.15. La Institución debe cumplir 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.

III.16. La Institución debe preparar los proyectos que requieran implementarse para dar cumplimiento a los requerimientos establecidos en la Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción en materia de la Plataforma Digital Nacional.

Artículo 42. Diseño de la Infraestructura de las TIC's y Administración de la Seguridad.

I. La Administración 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.

II. La Administración 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 Administración 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, 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.

III. La Administración 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.

IV. 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 Administración debe diseñar las actividades de control sobre permisos para proteger a la institución del acceso inapropiado y el uso no autorizado del sistema.

V. La Administración debe evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's tanto de fuentes internas como externas.

VI. La Administración 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.

Actividades de Control:

III.17. La Institución debe contar con políticas y lineamientos de seguridad para los sistemas informáticos y de comunicaciones que establezcan claves de acceso a los sistemas, programas y datos; detectores y defensas contra accesos no autorizados, y antivirus, entre otros aspectos.

III.18. La Institución debe contar con un Plan de Recuperación de Desastres y de Continuidad de la Operación para los sistemas informáticos (que incluya datos, hardware y software críticos, personal y espacios físicos) asociados a los procesos o actividades por lo que se da cumplimiento a los objetivos y metas de la institución.

III.19. Los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's, en las operaciones y etapas automatizadas de los procesos deben ser cancelados oportunamente.

*Son aplicables los controles establecidos en los artículos 40 y 41 de este ordenamiento.

Artículo 43. Diseño de la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC's.

I. La Administración debe diseñar las actividades de control para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's. La Administración 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.

II. La Administración 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.

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

Actividades de Control:

III.20. La institución debe contar con un Comité de Tecnología de Información y Comunicaciones donde participen los principales funcionarios, personal del área de tecnología (sistemas informáticos) y representantes de las áreas usuarias y el Órgano Interno de Control.

III.21. La Institución deben contar con un programa de adquisiciones de hardware y software.

III.22. La Institución debe contar con un inventario de aplicaciones en operación de los sistemas informáticos y de comunicaciones.

III.23. La Institución debe contar con licencias y contratos para el funcionamiento y mantenimiento de los equipos de tecnologías de información y comunicaciones del Municipio.

*Son aplicables los controles establecidos en los artículos 40, 41 y 42 de este ordenamiento.

SECCIÓN III

PRINCIPIO 12. IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE CONTROL.

Artículo 44. Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de Políticas.

La Administración debe poner en operación políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

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

II. 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.

III. 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.

Actividades de Control:

*Son aplicables los controles establecidos en el artículo 22 de este ordenamiento.

Artículo 45. Revisiones Periódicas a las Actividades de Control.

La Administración 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.

Actividades de Control:

III.24. La Institución debe contar con un Procedimiento para el monitoreo, revisión, corrección y aplicación de acciones de las Actividades de Control.

CAPÍTULO V

CUARTO COMPONENTE. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

Artículo 46. Información y Comunicación.

La información y comunicación son relevantes para el logro de los objetivos institucionales. Al respecto, la Administración 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 Administración, 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 Administración requiere tener acceso a información relevante y mecanismos de comunicación confiables, en relación con los eventos internos y externos que pueden afectar a la institución.

Para la aplicación de esta norma, el Presidente, la Administración y, en su caso, el Coordinador de Control Interno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los principios, elementos y actividades de control de este capítulo.

SECCIÓN I
PRINCIPIO 13. USAR INFORMACIÓN RELEVANTE Y DE CALIDAD.

Artículo 47. Identificación de los Requerimientos de Información.

La Administración debe implementar los medios necesarios para que las unidades administrativas generen y utilicen información relevante y de calidad, que contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales y den soporte al SCII;

I. La Administración 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.

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

Actividades de Control:

IV.1. La Institución debe tener implantado formalmente un Plan o Programa de Sistemas de Información que apoye los procesos por los que se da cumplimiento a los objetivos de la institución, establecidos en su Plan o Programa Estratégico o documento análogo.

Artículo 48. Datos Relevantes de Fuentes Confiables.

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

Actividades de Control:

IV.2. La Institución debe tener implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias.

Artículo 49. Datos Procesados en Información de Calidad.

I. La Administración debe procesar los datos obtenidos y transformarlos en información de calidad que apoye al control interno.

II. La Administración debe procesar datos relevantes a partir de fuentes confiables y transformarlos en información de calidad dentro de los sistemas de información de la institución.

Actividades de Control:

IV.3. Para los sistemas informáticos que apoyan el desarrollo de las actividades sustantivas,

financieras o administrativas de la institución, la Institución debe aplicarles una evaluación de Control Interno y/o de riesgos periódicamente y estableciendo actividades de control para mitigar los riesgos identificados que, de materializarse, pudieran afectar su operación.

IV.4. La Institución debe tener formalmente implantado un documento por el cual se establezca(n) el(los) plan(es) de recuperación de desastres que incluya datos, hardware y software críticos asociados directamente al logro de objetivos y metas institucionales.

IV.5. La Institución debe asegurarse de que en cada proceso exista 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.

IV.6. La Institución debe tener 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.

*Son aplicables las actividades de control referentes a un Sistema de Gestión de la Continuidad del Negocio y al Plan de Recuperación de Desastres establecidos en los artículos 25 y 42 de este ordenamiento.

SECCIÓN II
PRINCIPIO 14. COMUNICAR INTERNAMENTE.

Artículo 50. Comunicación en toda la Institución.

La Administración 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.

I. La Administración 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.

II. La Administración 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.

III. La Administración 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 Administración en la consecución de los objetivos institucionales.

IV. El Presidente o, en su caso, el Coordinador de Control Interno debe recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la Administración y demás personal. La información relacionada con el control interno que es comunicada al Presidente o al Coordinador de Control Interno 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.

V. 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.

Actividades de Control:

IV.7. Dentro del sistema de información de la Institución debe generarse de manera oportuna, suficiente y confiable, información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso.

IV.8. La Institución debe contar con un registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Coordinador de Control Interno, de Comités Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma.

IV.9. La Institución debe tener formalmente instituido la elaboración de un documento (informe o reporte) por el cual se informe periódicamente al Titular de la institución o, en su caso, al Órgano de Gobierno, la situación que guarda el funcionamiento general del Sistema de Control Interno Institucional.

IV.10. La institución debe cumplir con la obligatoriedad de registrar contable, presupuestal y patrimonialmente sus operaciones y que éstas se reflejen en la información financiera, que permita dar cumplimiento con la generación de los siguientes documentos:

a) Estado Analítico del Activo

b) Estado Analítico de la Deuda y Otros Pasivos

c) Estado Analítico de Ingresos

d) Estado Analítico del ejercicio del Presupuesto de Egresos

e) Estado de Situación Financiera

f) Estado de Actividades

g) Estados de Cambios en la Situación Financiera

h) Estados de Variación en la Hacienda Pública

i) Estado de Flujo de Efectivo

j) sobre Pasivos Contingentes

k) Notas a los Estados Financieros

Artículo 51. Métodos Apropiados de Comunicación.

I. La Administración 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.

II. La Administración 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.

SECCIÓN III
PRINCIPIO 15. COMUNICAR EXTERNAMENTE.

Artículo 52. Comunicación con Partes Externas.

La Administración 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.

I. La Administración 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.

II. La Administración 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 Administración debe incluir en esta información la comunicación relativa a los eventos y actividades que impactan el control interno.

III. La Administración debe recibir información externa a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Administración 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.

IV. El Presidente o, en su caso, el Coordinador de Control Interno debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada al Presidente o al Coordinador de Control Interno 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.

V. Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas para comunicarse con la institución. 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. La Administración 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.

Actividades de Control:

IV.11. La institución debe tener claramente definidos a los responsables de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

IV.12. La institución debe tener claramente definidos a los responsables de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Contabilidad Gubernamental.

IV.13. La institución debe tener claramente definidos a los responsables de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Trasparencia y Acceso a la Información Pública.

IV.14. La institución debe tener claramente definidos a los responsables de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Fiscalización.

IV.15. La institución debe tener claramente definidos a los responsables de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Rendición de Cuentas.

Artículo 53. Métodos Apropiados de Comunicación Externa.

I. La Administración 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.

II. Con base en la consideración de los factores, la Administración 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 de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.

III. Las instituciones deben informar sobre su desempeño a las instancias y autoridades que correspondan, de acuerdo con las disposiciones aplicables. Adicionalmente, deben rendir cuentas a la ciudadanía sobre su actuación y desempeño.

CAPÍTULO VI

QUINTO COMPONENTE

SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

Artículo 54. Supervisión y Mejora Continua.

Son las actividades establecidas y operadas por los responsables designados por el Presidente, 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 Administración 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 Sistema de Control Interno Institucional debe mantenerse en un proceso de supervisión y mejora continua, con el propósito de asegurar que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, 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, la Administración y, en su caso, el Coordinador de Control Interno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los principios, elementos y actividades de control de este Capítulo.

SECCIÓN I
PRINCIPIO 16. REALIZAR ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN.

Artículo 55. Establecimiento de Bases de Referencia.

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 la institución y su entorno.

I. La Administración 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 la institución.

II. Una vez establecidas las bases de referencia, la Administración 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.

Actividades de Control:

V.1. En relación con los objetivos y metas establecidos por la institución en PMD, la Institución debe evaluar, periódicamente, los objetivos y metas (indicadores) establecidos, a fin de conocer la eficacia y eficiencia de su cumplimiento.

V.2. La Institución, y con respecto al punto anterior, debe elaborar un programa de acciones para resolver las problemáticas detectadas en dicha evaluación y realizarse el seguimiento del programa de acciones para resolver las problemáticas detectadas (de ser el caso), a fin de verificar que las deficiencias se solucionan de manera oportuna y puntual.

*Son aplicables los controles establecidos en el artículo 45 de este ordenamiento.

Artículo 56. Supervisión del Control Interno.

I. La Administración debe supervisar el control interno a través de autoevaluaciones y evaluaciones independientes. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones de la institución, 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.

II. La Administración 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 la Administración, 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.

III. La Administración puede 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.

IV. 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.

V. La Administración 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.

Actividades de Control:

V.3. De los principales procesos sustantivos y adjetivos relevantes de la Institución deben llevarse a cabo autoevaluaciones de Control Interno por parte de los responsables de su funcionamiento y establecerse programas de trabajo para atender las deficiencias detectadas.

V.4. De los principales procesos sustantivos y adjetivos relevantes de la Institución, deben llevarse a cabo auditorías internas de manera periódica.

*Son aplicables los controles establecidos en el artículo 45 de este ordenamiento.

Artículo 57. Evaluación de Resultados.

I. La Administración 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.

II. La Administración 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.

Actividades de Control:

V.5. De los principales procesos sustantivos y adjetivos relevantes de la Institución, deben llevarse a cabo auditorías externas.

*Son aplicables los controles establecidos en el artículo 45 de este ordenamiento.

SECCIÓN II

PRINCIPIO 17. EVALUAR LOS PROBLEMAS Y CORREGIR LAS DEFICIENCIAS.

Artículo 58. Informe sobre Problemas.

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 Presidente, a la Administración y, en su caso, al Coordinador de Control Interno, a través de las líneas de reporte establecidas; la Administración 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.

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

II. 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 Coordinador de Control Interno o, en su caso, al Presidente.

III. 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 la institución está sujeta.

Actividades de Control:

V.6. La Institución debe llevar a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte del Presidente y la Administración, Órgano Interno de Control o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

*Son aplicables los controles establecidos en el artículo 45 de este ordenamiento.

Artículo 59. Evaluación de Problemas.

La Administración 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.

Actividades de Control:

*Son aplicables los controles establecidos en el artículo 45 de este ordenamiento.

Artículo 60. Acciones Correctivas.

La Administración 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 Presidente o la Administración, o el Coordinador de Control Interno, 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.

Actividades de Control:

V.7. La Institución debe llevar a cabo 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.

V.8. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre Tecnologías de la Información, deben ser utilizadas para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso.

*Son aplicables los controles establecidos en el artículo 45 de este ordenamiento.

CAPÍTULO VII

RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Artículo 61. Responsabilidades y funciones

El Control Interno es responsabilidad del Coordinador de Control Interno de la institución, quien lo implementa con apoyo de la Administración (mandos superiores y medios) y del resto de los servidores públicos, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

I. GENÉRICAS:

Todos los servidores públicos de la institución, son responsables de:

a) Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y/o son responsables, y

b) Evaluar el SCII verificando el cumplimiento de los Componentes de Control Interno, 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 PRESIDENTE Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

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 SCII apropiado, operando y actualizado conforme a los Componentes de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;

c) El Coordinador de Control Interno supervisará que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;

d) Verificarán que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como que se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;

e) El Presidente aprobará el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;

f) El Presidente **aprobará la metodología para la administración de riesgos**.

g) El Presidente instruirá y supervisará que la Institución, sus Dependencias, Entidades y/o 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 Titular del Órgano Interno de Control la metodología de administración de riesgos.

h) El Presidente instruirá a las Dependencias y Entidades que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

III. DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Administración, el Órgano Interno de Control y el Comité, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;

b) Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la institución;

c) Revisar con el Enlace del CIAR y presentar para aprobación del Presidente de la Institución el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

En la Administración de Riesgos:

d) Revisar con los responsables de las Dependencias y Entidades la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de los Componentes de Control Interno, sus principios, elementos y actividades de control interno;

e) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda formalmente en todas las Dependencias y Entidades de la Institución 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 los Lineamientos, se deberá informar por escrito al Órgano Interno de Control.

f) Convocar a los Titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular del Órgano Interno de Control y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el Grupo de Trabajo que definirá la Matriz, el Mapa y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, para la autorización del Presidente, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;

g) Comunicar al Enlace 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, según corresponda.

En el Comité de Control, Administración de Riesgos y Desempeño Institucional:

h) Determinar, conjuntamente con el Presidente 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 de la Institución;

i) Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y competente, e instruir al Enlace del CIAR sobre la conformación de la carpeta electrónica, en los 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

j) Solicitar al Enlace del CIAR que incorpore al sistema informático la información que compete a las unidades administrativas de la Institución, para la conformación de la

carpeta electrónica, a más tardar 5 días hábiles previos a la celebración de la sesión.

IV. DEL TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

a) Asesorar y apoyar a la Institución de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;

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

En la Administración de Riesgos:

c) Acordar con el Presidente de la Institución las acciones para la implementación y operación del Modelo Estándar de Control Interno;

d) Acordar con el Presidente de la Institución la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las Dependencias y Entidades de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;

e) Presentar anualmente para firma del Presidente la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

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

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

h) Definir las Dependencias, Entidades y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;

i) Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las Dependencias y Entidades realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;

j) 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;

k) Apoyar a la Institución de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos;

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

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

n) Evaluar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR;

o) Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

p) Verificar que se registren en el Sistema Informático los reportes de avances trimestrales del PTAR.

q) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Coordinador de Control Interno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

En el Comité de Control, Administración de Riesgos y Desempeño Institucional:

r) Presentar los documentos descritos en el inciso e) de esta fracción IV, en la primera sesión ordinaria del ejercicio fiscal correspondiente, del Comité, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes.

s) Incorporar al sistema informático en la carpeta electrónica del Comité la información de su competencia, establecida en el artículo 104 de los presentes Lineamientos.

V. DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

a) Ser el canal de comunicación e interacción con el Comité y las Dependencias y Entidades responsables de la administración de riesgos;

b) Informar y orientar a las Dependencias y Entidades sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos. Para tal efecto, se deberá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos que se defina por el Órgano Interno de Control.

c) Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Comité los proyectos institucionales de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

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

e) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos de la institución, así como los determinados por el Comité o el Coordinador de Control Interno, según corresponda.

f) Incorporar en el Sistema Informático la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

g) Ser parte activa, con voz y voto dentro de los diversos Comités que se encuentran involucrados y a que hace referencia el Marco Integrado de Control Interno, tales como el Comité de Auditoría, el Comité de Tecnología de Información y Comunicaciones y el Comité

de Ética.

VI. DEL ENLACE DEL CIAR:

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las Dependencias y Entidades de la Institución;

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

c) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;

d) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales determinados por el Comité o el Coordinador de Control Interno, según corresponda.

e) Incorporar en el Sistema Informático el Informe Anual, el PTCI y el Reporte de Avances Trimestral, revisados y autorizados.

f) Solicitar a las unidades administrativas de la Institución la información suficiente, relevante y competente para la integración de la carpeta electrónica con 10 días hábiles de anticipación a la celebración del Comité;

a) Remitir al Coordinador de Control Interno la información institucional consolidada para su revisión y validación;

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

c) Resguardar todos los documentos que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;

d) Registrar en el Sistema Informático el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

CAPÍTULO VIII

EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SECCIÓN I
SECCIÓN I. -EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Artículo 62. De la evaluación del SCII

El SCII 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 los cinco Componentes de Control Interno, sus 17 Principios, elementos y actividades de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control de por lo menos cinco procesos prioritarios (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 SCII.

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

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.

b) Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Institución.

c) Genera beneficios a la población (mayor rentabilidad social) o están relacionados con la entrega de subsidios.

d) Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al ciudadano, en especial permisos, licencias y concesiones.

e) Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.

f) Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.

g) Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.

h) Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

EL CIAR deberá elaborar, en el mes de noviembre de cada año, una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SCII, para ello podrá utilizar el siguiente formato:

Nombre del Proceso Prioritario	**Tipo Sustantivo/ Administrativo**	**Unidad Responsable (Dueña del proceso)**	**Criterios de Selección**							
			a)	**b)**	**c)**	**d)**	**e)**	**f)**	**g)**	**h)**
Proceso 1										
Proceso 2										
Proceso 3										
Proceso 4										
Proceso 5										

La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de los cinco Componentes de Control Interno y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de las actividades de control descritas en los Capítulos II al VI de este Título.

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

El Órgano Interno de Control 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 Administración tenga establecidas para comprobar que cumple con las condiciones del elemento de control.

Artículo 63. Evaluación de elementos de control adicionales

Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, el Órgano Interno de Control podrá incorporar en la evaluación del SCII e implementación de los 17 Principios, elementos y/o actividades de control adicionales a los descritos en este Título.

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

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

SECCIÓN II
SECCIÓN II. - INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.

Artículo 64. De su presentación

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación, el Coordinador de Control Interno presentará con su firma autógrafa un Informe Anual:

I. Al Presidente, con copia al Titular del Órgano Interno de Control, a más tardar el 31 de enero de cada año;

II. Al Comité en la primera sesión ordinaria, y

III. Al Ayuntamiento, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

Artículo 65. 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 SCII:

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

b. Actividades de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno;

c. Actividades de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de control interno, y

d. Debilidades o áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional;

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

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

La evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo, ambos documentos se incorporarán en el Sistema Informático.

Artículo 66. De la solicitud del informe anual en fecha distinta

El Órgano Interno de Control 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
SECCIÓN III. - INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO.

Artículo 67. Integración del PTCI y acciones de mejora

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

Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 de octubre de cada año, en caso contrario, se documentarán y presentarán en el Comité las justificaciones correspondientes, a fin de que se determine, mediante acuerdo, la reprogramación o replanteamiento de las mismas para su conclusión y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCI.

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

Artículo 68. Actualización del PTCI

El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por el Titular del Órgano Interno de Control, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCI original al identificarse áreas de

oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Institución. El PTCI actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la segunda sesión ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

Artículo 69. Reporte de avances trimestral del PTCI

I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente al Presidente de la Institución el resultado, 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 Coordinador de Control Interno, 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; y

   d. Firma del Coordinador de Control Interno y del Enlace del CIAR.

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

   a. Al Titular del Órgano Interno, 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 a través del Sistema Informático, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaría.

Artículo 70. Informe de evaluación del órgano fiscalizador al reporte de avances trimestrales del PTCI

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

I. Al Presidente y al Coordinador de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCI, y

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

SECCIÓN IV

SECCIÓN IV. – EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL INFORME Y PTCI.

Artículo 71. Informe de resultados

El Titular del Órgano Interno de Control evaluará el Informe Anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados:

I. Al Presidente y al Ayuntamiento a más tardar el último día hábil del mes de febrero, y

II. Al Comité o, en su caso, al Coordinador de Control Interno, en su primera sesión ordinaria.

Artículo 72. 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 la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;

II. La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado;

III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;

IV. Conclusiones y recomendaciones.

Los servidores públicos responsables de las Unidades Administrativas y/o procesos de la institución 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 los presentes Lineamientos y normatividad aplicable.

TÍTULO TERCERO

METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

CAPÍTULO I

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Artículo 73. 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 Dependencias y/o Entidades de la Institución, el Titular del Órgano Interno de Control, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar

la Matriz y el PTAR, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

Artículo 74. Formalización y etapas de la metodología

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente artículo deberá tomarse como base para la metodología específica que aplique cada Dependencia y/o Entidad, misma que deberá estar debidamente autorizada por el Presidente y documentada su aplicación en una Matriz y/o Mapa de Administración de Riesgos.

I. Comunicación y Consulta

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Considerar el PMD, 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, Dependencia y/o Entidad 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. Identificación de las partes interesadas

Clientes internos y externos, usuarios finales, proveedores, entidades regulatorias, etc.: El conocimiento de estos clientes puede ayudar a definir las funciones, requerimientos y especificaciones más robustamente, así como una ayuda en la determinación de los efectos relacionados con modos de fallas.

IV. Análisis Estructural

Identificación de las etapas y subetapas de los procesos de la Institución, Dependencias y/o Entidades: Esta fase debe iniciar con la recabación de información para entender las operaciones, funciones y actividades que son realizadas en la Unidad Administrativa siendo analizada, a efecto de identificar y definir sus requerimientos.

Las herramientas que pueden ser utilizadas en esta fase son los Diagramas de Árbol y los Diagrama de flujo del proceso, siendo este último una entrada primaria para esta fase. El alcance del diagrama de flujo del proceso debe incluir todas las operaciones, funciones y actividades que son realizadas en la Unidad Administrativa siendo analizada.

El alcance establece los límites del análisis, definiendo lo que es incluido y excluido, siendo ambos elementos sumamente relevantes. Antes de que la Evaluación de Riesgos pueda iniciar, la Institución, Dependencia y/o Entidad debe contar con un claro entendimiento de lo que será evaluado:

a) Proceso, sistema o subsistema.

b) Etapa, fase u operación del proceso.

c) Elementos del trabajo del proceso 6M (Personal, equipo, materiales, medio ambiente, método, mantenimiento) que intervienen.

V. Análisis Funcional

El propósito de esta actividad es clarificar el objetivo o propósito dentro del proceso de la operación, función y/o actividad. Esto ayuda en la determinación de los modos de fallas potenciales para cada atributo o aspecto de la función. Pueden utilizarse herramientas tales como Árbol de análisis de funciones, Diagrama de parámetros y/o análogas que permitan determinar los elementos siguientes:

a) Función del proceso, sistema o subsistema. Debe determinarse ¿Cuál es la función, utilidad o para que la requiere el dueño del proceso, el cliente y/o intermediario directo

y el usuario Final, con respecto a la característica del tramité, producto y/o servicio?

b) Función de la etapa, fase u operación del proceso y características del tramité, producto y/o servicio (valor cuantitativo opcional). Debe determinarse el requerimiento, características o especificaciones del tramité, producto y/o servicio.

c) Función del elemento de trabajo y características del proceso. Debe determinarse ¿Cuáles son las características del proceso que permiten que se obtengan las características del tramité, producto y/o servicio?

VI. Análisis de Fallas

Esta etapa integra los siguientes pasos:

a) **Identificación de los Efectos Potenciales de Falla:** Los efectos potenciales de fallas son definidos como los efectos de los modos de fallas como los percibe el cliente. Los efectos o impactos de las fallas son descritos en términos de lo que el cliente podría notar o experimentar. El cliente puede ser uno interno, así como el usuario final. La determinación de los efectos potenciales incluye el análisis de las consecuencias de las fallas y la severidad o seriedad de dichas consecuencias. ¿Qué pasa si se presenta el Modo de Falla (incumplimiento del requerimiento), para la planta, el cliente y el usuario final?

b) **Identificación de los Modos de Fallas Potenciales:** El modo de falla es definido como la forma o manera en la cual un producto o proceso podría fallar para cumplir con la intención del diseño o requerimientos del proceso. Se toma en cuenta el supuesto de que la falla podría ocurrir, pero no necesariamente que ya ocurrió. Los modos de fallas potenciales deben ser descritos en términos técnicos y no necesariamente como un síntoma notado por el cliente. Un largo número de modos de fallas para un solo requerimiento puede indicar que el requerimiento definido no es conciso. Incumplimiento del requerimiento, característica o especificación del tramité, producto y/o servicio.

c) **Identificación de las Causas Potenciales del Modo de Falla:** Una causa potencial de una falla es definida como una indicación de cómo la falla podría ocurrir, descrita en términos de algo que podría ser corregido o controlado. Una causa potencial de una falla podría ser una indicación de una debilidad en el diseño, la consecuencia de lo que sería el modo de falla. Existe una relación directa entre una causa y su modo de falla resultante (si la causa ocurre, entonces el modo de falla ocurre). La identificación de las causas raíz del modo de la falla, en suficiente detalle, permite la identificación de controles apropiados y planes de acción. Un análisis de causas potenciales por separado es ejecutado para cada causa si existen causas múltiples. ¿Qué pudo haber provocado ese modo de falla? Dado que este va relacionado con el paso 3 del análisis funcional, significa que la función del proceso se incumplió o fallo.

VII. Análisis y 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 institucionales.

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:

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

   2. Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la institución,

   3. Operativo: Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución.

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

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

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

   3. **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.

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

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

   6. **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.

7. **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:

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

2. **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:

h)

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		

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

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

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

VIII. 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: Los controles son aquellas actividades que previenen o detectan las causas de las fallas o modos de fallas. En el desarrollo de controles es importante identificar lo que está mal, porque, y cómo prevenirlo o detectarlo. Los controles aplican al diseño del tramité, producto, servicio y/o procesos relacionados. Los controles que se enfocan en la prevención son los que ofrecen un mayor retorno y pueden ser:

   1. Control preventivo del modo de falla: ¿Qué control actual se tiene de prevención (antes de que pase el modo de falla)?

   2. Control correctivo de la causa de falla: ¿Qué control actual se tiene de prevención (después de que pase el modo de falla)?

   3. Control detectivo de la causa de falla: ¿Qué control actual se tiene de detección (mientras ocurre el modo de falla)?

d) Identificar en los controles lo siguiente:

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

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

5. 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.

IX. 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 es deficiente, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial, y

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

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 basadas en cálculos matemáticos, tales como puntajes ponderados, cálculos de preferencias, proceso de jerarquía analítica y modelos probabilísticos, entre otros.

X. Mapa de Riesgos

Se debe considerar a cada riesgo en su esencia, es decir, como un riesgo inherente para lo cual se debe valorar individualmente con los criterios previamente definidos de impacto y probabilidad. Esta calificación de impacto y probabilidad se determinan desde una exposición al mayor riesgo, es decir sin considerar actividades de control o procesos específicos que se hayan diseñado y aplicado específicamente para gestionar o mitigar el riesgo que se está evaluando.

La multiplicación de impacto por probabilidad toma el nombre de perfil de riesgo inherente:

El perfil de riesgo inherente ayuda a la Institución a focalizar los riesgos más relevantes y enfocar su atención en un plan de respuesta a los riesgos de la Institución así como en la efectividad de las actividades de control y gestión para mitigar dichos riesgos, también permite determinar la tolerancia al riesgo que la Institución está dispuesta a aceptar.

El nivel de riesgo inherente permite determinar qué tan impactante puede ser un riesgo en su estado puro. 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:

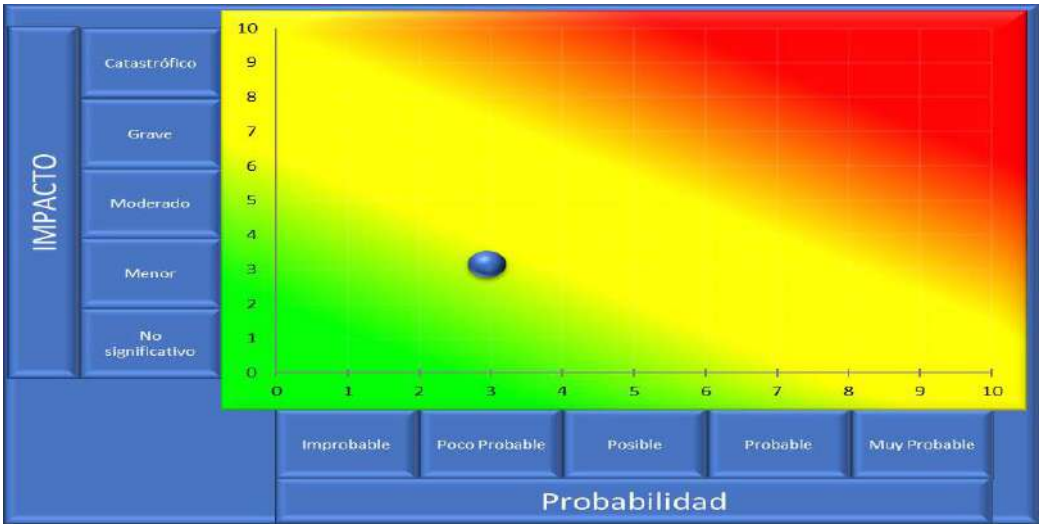
a) Cuadrante I. Alto impacto, alta probabilidad: Catalogado como Riesgos de Atención Inmediata. Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 de ambos ejes. Corresponde a un riesgo que requiere monitoreo permanente y su manejo principalmente por controles automáticos. Se tienen que combinar controles tanto preventivos como detectivos para mitigar estos riesgos.

b) Cuadrante II. Bajo impacto, alta probabilidad: 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; Son riesgos muy frecuentes, su bajo impacto hace que sean parte de las operaciones de la Institución y su alta probabilidad genera una predictibilidad bastante buena, Los controles preventivos al ser predecibles estos riesgos son los más adecuados para mitigar el riesgo.

c) Cuadrante IV. Alto impacto, baja probabilidad: 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. Son riesgos que por su característica de alto impacto se vuelven relevantes, sin embargo, su baja probabilidad hace que se vuelvan difíciles de predecir, ejemplo de esto, son los desastres naturales que en caso de ocurrencia poco probable serían catastróficos. En este tipo de riesgos los controles detectivos son los más eficientes ya que anticiparan una respuesta adecuada cuando el evento ocurra.

d) Cuadrante III. Bajo impacto, baja probabilidad: 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 Son riesgos poco trascendentes en la organización.

Estos riesgos una vez cuantificados y ponderados permiten ser graficados en una matriz de calor con la finalidad de tener una mejor dimensión de los principales riesgos, conforme al siguiente formato:



XI. 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 sí una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.

2. **Reducir el riesgo.** Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.

3. **Asumir el riesgo**. Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III, Riesgos Controlados de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.

4. **Transferir el riesgo.** Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:

- **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.

- **Aseguramiento:** Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

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

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

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

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

c) Para los riesgos de corrupción que 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.

Artículo 75. De los riesgos de corrupción

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

I. Comunicación y Consulta

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

II. 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.

III. 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.

Artículo 76. Tolerancia al riesgo

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

Artículo 77. Servicios tercerizados

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

de los controles, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno de la institución.

La Administración 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

Artículo 78. 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 Presidente, el Titular del Órgano Interno de Control y el Enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

a) El proceso

b) Los riesgos

c) Los factores de riesgo

d) Las estrategias para administrar los riesgos, y

e) Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar:

   1. Unidad administrativa;

   2. Responsable de su implementación;

   3. Las fechas de inicio y término, y

   4. Medios de verificación.

Artículo 79. Reporte de avances trimestrales del PTAR

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por el Titular del Órgano Interno de Control y el Enlace de Administración de Riesgos para informar trimestralmente al Presidente de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

a) Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y el porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;

b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Coordinador de Control Interno, 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 y en el cumplimiento de metas y objetivos; y

d) Firmas del Titular del Órgano Interno de Control y del Enlace de Administración de Riesgos. El Titular del Órgano Interno de Control deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR:

a) Al Presidente, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y, y

b) Al Comité u Ayuntamiento, según corresponda, a través del Sistema Informático, 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.

Artículo 80. Evidencia documental del PTAR

El Titular del Órgano Interno de Control presentará en las sesiones ordinarias del Comité o del Ayuntamiento, según corresponda, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, como sigue:

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

Artículo 81. Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al reporte de avances trimestral del PTAR

El Titular del Órgano Interno de Control presentará en las sesiones ordinarias del Comité o del Ayuntamiento, según corresponda, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, como sigue:

I. Al Presidente de la Institución, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTAR, y

II. Al Comité y, en su caso, al Ayuntamiento, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

Artículo 82. 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 Presidente de la Institución lo informará al Comité o al Ayuntamiento, según corresponda, a través del Sistema Informático, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

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

TÍTULO CUARTO

COMITÉ DE CONTROL INTERNO, ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I

DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ

Artículo 83. De los objetivos del Comité

El Presidente instalará y encabezará el Comité de Control Interno, Administración de Riesgos 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 del Órgano Interno de Control, atendiendo la causa raíz de las mismas;

VII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución y temas transversales del Órgano Interno de Control;

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 Coordinador de Control Interno para la toma de decisiones o su equivalente en los órganos administrativos desconcentrados.

CAPÍTULO II

DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

Artículo 84. De la integración del Comité

El municipio de Colón instituirá un Comité, que será encabezado por su Presidente y el Coordinador de Control Interno, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

I. El Presidente: Presidente del Municipio de Colón.

II. El Vocal Ejecutivo: El Titular de la Jefatura de Gabinete.

III. Vocales:

a) Titular de la Secretaría de Finanzas

b) Titular de la Secretaría del Ayuntamiento

c) Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Presidente suplente).

d) Titular de la Secretaría Particular

e) Titular de la Secretaría de Gobierno

f) Titular de la Secretaría de Seguridad Pública Municipal

g) Titular de la Secretaría de Administración

h) Titular de la Secretaría de Obras Públicas Municipales

i) Titular de la Secretaría de Servicios Públicos Municipales

j) Titular de la Secretaría de Desarrollo Social

k) Director de Sistemas de la Información adscrito a la Secretaría de Finanzas

l) Titular de la Secretaría de Desarrollo Sustentable

Asimismo, podrán participar como vocales, con voz pero sin voto los responsables de control interno de las distintas dependencias, entidades y/o institutos desconcentrados de la Administración.

Los responsables de control interno de las distintas dependencias, entidades y/o institutos desconcentrados de la Administración, deberán corresponder a un nivel jerárquico de Director/Coordinador y/o equivalente y tener el conocimiento sobre los temas de la Institución, así como capacidad de decisión sobre los asuntos que se presenten en el Comité, condiciones que el Presidente y Vocal Ejecutivo del Comité deberán verificar su cumplimiento.

Artículo 85. Del Órgano de Vigilancia

El Titular de la Secretaría de la Contraloría Municipal, a través de quien designe, participará en el Comité en calidad de Órgano de Vigilancia de la Institución.

Artículo 86. De los invitados

Se podrán incorporar al Comité como invitados:

I. Los responsables de las áreas de la Institución competentes de los asuntos a tratar en la sesión;

II. Los servidores públicos de la Institución que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución;

III. Personas externas a la Institución, expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del Presidente;

IV. El Enlace del CIAR.

Los invitados señalados en el presente artículo 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.

Artículo 87. De los suplentes

Los miembros propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquellos. Por excepción, las suplencias de los Vocales se podrán realizar hasta el nivel de Director/Coordinador y/o o equivalente.

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

Artículo 88. De las atribuciones del Comité

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el Orden del Día;

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

a) El Informe Anual;

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

c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados 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 y temas transversales de la Secretaría, 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 de Ética por conductas contrarias al Código de Ética, y al Código de Conducta;

VI. Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la Institución, así como de la MIR de los programas presupuestarios responsabilidad de la institución, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan;

VII. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;

VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;

IX. Ratificar las actas de las sesiones, y

X. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

Artículo 89. De las funciones del Presidente del Comité

El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;

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 Institución;

V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión.

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.

Artículo 90. 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 Institución;

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.

Artículo 91. 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 de Control Interno y/o Enlace del CIAR, que la información institucional fue integrada y capturada en la carpeta electrónica por el Enlace del CIAR 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 Institución, 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 CIAR, respecto de la información que compete a las unidades administrativas de la Institución.

IX. Atender personalmente, el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones a cargo del Presidente Municipal establecidas en los presentes Lineamientos, con la finalidad de cumplir con las determinaciones en materia de Control Interno.

Artículo 92. De las funciones del Órgano de Vigilancia

Son funciones del Titular de la Secretaría de la Contraloría:

I. Participar con voz y voto, en las sesiones;

II. Promover la atención de los acuerdos del Comité, ante las instancias que correspondan;

III. Comunicar, en su caso, al Presidente 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 los presentes Lineamientos.

CAPÍTULO IV

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SECCIÓN I
DE LAS SESIONES.

Artículo 93. 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; asimismo, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del órgano de gobierno.

Artículo 94. 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, así como la disponibilidad de la carpeta electrónica en el Sistema Informático.

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

Artículo 95. 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.

Artículo 96. Del desarrollo de las sesiones y registro de asistencia

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

En cada reunión se 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.

Artículo 97. Del quórum legal

El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participen el Presidente o el Presidente 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

Artículo 98. 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.

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 la Secretaría, 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. **Desempeño Institucional.**

a) **Programas Presupuestarios**. Se deberán identificar e informar los programas presupuestarios que representen el 80% del presupuesto original de la institución 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 instituciones 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 el Órgano Interno de Control.

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

VII. **Programas con Padrones de Beneficiarios.** 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.

VIII. **Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética.**

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

a) Informe Anual, PTCI e Informe de Resultados del Coordinador de Control Interno derivado de la evaluación al Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).

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

c) Aspectos relevantes del Informe de verificación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

X. **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 del Enlace de Administración de 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 Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance.

c) Aspectos relevantes del Informe de evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

XI. **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.

XII. **Seguimiento al Programa Cero Impunidad.**

XIII. **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.

XIV. **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 el Órgano de Vigilancia, podrán solicitar se incorporen a la Orden del Día asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

SECCIÓN III
DE LOS ACUERDOS.

Artículo 99. Requisitos de los acuerdos

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

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

II. Precisar a 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 Presidente 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.

Artículo 100. 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.

Artículo 101. 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 el Sistema Informático la fecha inicial de atención.

SECCIÓN IV
DE LAS ACTAS.

Artículo 102. 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. Los invitados de la Institución que participen en la sesión la firmarán sólo cuando sean responsables de atender acuerdos.

Artículo 103. 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, para su integración en el Sistema Informático previo a la siguiente sesión.

SECCIÓN V
DEL SISTEMA INFORMÁTICO.

Artículo 104. De la carpeta electrónica de las sesiones

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

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

Artículo 105. Del acceso al sistema informático

Tendrán acceso al Sistema Informático, los miembros del Comité, el Titular del Órgano Interno de Control, los responsables de control interno de los institutos desconcentrados, el Titular de la Coordinación de Gabinete, el Coordinador de Control Interno, los enlaces del CIAR, de Administración de Riesgos.

Las cuentas de usuario y claves de acceso, así como sus actualizaciones, serán proporcionadas por la Dirección de Sistemas, previa solicitud del Titular del Órgano Interno de Control, conforme a los procedimientos que la primera establezca

Artículo 106. De las bajas de usuarios

El Coordinador de Control Interno informará al Vocal Ejecutivo las bajas de las cuentas de usuario y cambios requeridos en las claves de acceso, para que este último solicite mediante oficio la actualización a la Dirección de Sistemas.

Artículo 107. Ruta de acceso al sistema

La Dirección de Sistemas determinará y proporcionará a los implicados la ruta de acceso al Sistema Informático y/o carpeta electrónica.

Artículo 108. Interpretación

La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá al Órgano Interno de Control.

Artículo 109. Periodicidad de revisión

Los Lineamientos y procedimientos contenidos en el Manual a que se refiere el presente Acuerdo deberán revisarse, cuando menos una vez al año por el Órgano Interno de Control, para efectos de su actualización de resultar procedente.

Artículo 110. Vigilancia de los Lineamientos

El Órgano Interno de Control vigilará el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 30 penúltimo párrafo, 180 y 181 de la Ley Orgánica Municipal del Estado de Querétaro, publíquese el presente Acuerdo por una sola ocasión en la Gaceta Municipal del Municipio de Colón, Qro., "La Raza", así como en el Periódico Oficial de Gobierno del Estado "La Sombra de Arteaga", en la inteligencia que dichas publicaciones se encuentran exentas del pago de los derechos que se generen con motivo de las mismas, en términos de lo dispuesto por el artículo 21 del Código Fiscal del Estado de Querétaro.

SEGUNDO.- Todos aquellos procesos, trámites, autorizaciones, cargos, nombramientos y actos requeridos y/o iniciados con base en el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos Generales en Materia de Control Interno, deberán concluirse conforme a lo previsto en el citado documento normativo a más tardar 90 días después de la entrada en vigor del presente Acuerdo.

TERCERO. Se instruye a la Dirección de Sistemas a poner a disposición de las dependencias mencionadas las nuevas herramientas informáticas que se desarrollen para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos de Modelo Estándar de Control Interno, de Administración de Riesgos y del CIAR.

CUARTO. Se instruye a las Secretarías y/o Dependencias involucradas en la conformación de los Comités y estructuras de nueva creación para que, en el ámbito de sus atribuciones, realicen los trámites y gestiones necesarias para contar con la suficiencia financiera, si fuera el caso, para el adecuado desempeño de sus funciones.

QUINTO.- Se instruye a la Secretaría del H. Ayuntamiento para que en términos del artículo 13 fracción XI del Reglamento Interior del Ayuntamiento dé a conocer el presente acuerdo a la Secretaría de la Contraloría Municipal.

CERTIFICADA PARA PUBLICACIÓN EN LA GACETA MUNICIPAL, A LOS 29 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTITRÉS, EN LA CIUDAD DE COLÓN, QRO.- DOY FE- -

SECRETARIO DEL H. AYUNTAMIENTO
RÚBRICA

PRESIDENCIA MUNICIPAL
COLÓN, QRO.

HONORABLE AYUNTAMIENTO DE COLÓN, QRO.
ADMINISTRACIÓN 2021-2024

C. MANUEL MONTES HERNÁNDEZ
PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
DE COLÓN, QRO.

C. MARÍA LETICIA ESPINOZA PÉREZ
SÍNDICO

C. RAMIRO PRADO BÁRCENAS
SÍNDICO

C. MARICELA HURTADO MARTÍNEZ
REGIDORA

LIC. CECILIA CABRERA YAÑEZ
REGIDORA

C. MA. OLGA GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ
REGIDORA

ING. JORGE LUIS MORA SÁNCHEZ
REGIDOR

LIC. DANIEL LÓPEZ CASTILLO
REGIDOR

MTRO. GASPAR RAMÓN TRUEBA MONCADA
REGIDOR

C. LEIDY CINTHIA MEJÍA DE LEÓN
REGIDORA

M. EN A.P. JORGE ALBERTO CORNEJO MOTA
SECRETARIO DEL AYUNTAMIENTO