SOLEDAD
CERCA DE TI

PRESIDENCIA MUNICIPAL
Soledad de Graciano Sánchez

MANUAL ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES DE APLICACIÓN EN MATERIA DE SISTEMA DE CONTROL INTERNO MUNICIPAL

CONSIDERANDO

Que en fecha 04 de marzo de 2024, se publicó en el Periódico Oficial del Estado, el Acuerdo Administrativo mediante el cual se establecen las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación en Materia de Control Interno del Estado, a través de él se establece el Marco Integrado de Control Interno para el sector público acordado por el Sistema Nacional de Fiscalización, como el modelo estatal a implementarse por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí, a fin de observar y cumplir con los criterios que el mismo establece relativos a evaluar el diseño, la implementación y la eficacia operativa del Control Interno en las instituciones del sector público y para determinar si el Control Interno es apropiado y suficiente para cumplir con las tres categorías de objetivos: operación, información y cumplimiento.

Que las instituciones públicas se enfrentan en el ejercicio diario de sus actividades con la duda o incertidumbre de no llegar a cumplir con sus objetivos establecidos en tiempo y forma, ya que forman parte de un proceso dinámico, y constantemente se están actualizando, lo que implica estar expuestas a riesgos. La incertidumbre implica riesgos y a veces oportunidades, posee el potencial de erosionar o aumentar el valor. Así, la Administración de Riesgos juega un papel transcendental, toda vez que, a través de ella, las instituciones públicas podrán conocer, determinar los riesgos a los que se enfrentan, clasificarlos y determinar los controles que ayudan a mitigarlos;

Qué los artículos 44 quinque de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí y 86, fracciones I, III y IV de la Ley Orgánica Del Municipio Libre del Estado De San Luis Potosí establecieron la obligación a los titulares de los órganos internos de control de encabezar Comités de Control y Desempeño Institucional para el seguimiento y evaluación general de la gestión, además se señala la obligación de la Contraloría Interna Municipal de desarrollar y coordinar el sistema de control interno de la administración pública municipal, así como la expedición de normas complementarias para el ejercicio del control administrativo, sin menoscabo de las bases y principios de coordinación y recomendaciones emitidas por el Comité Coordinador de los Sistemas, Nacional y Estatal Anticorrupción;

Que la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del Estado y Municipios de San Luis Potosí, prevé lo relativo al Sistema de Evaluación al Desempeño a fin de verificar los resultados de la ejecución de los programas y presupuestos, para identificar la eficiencia, economía, eficacia y calidad en la administración pública y el impacto social del ejercicio del gasto público, por lo que se hace necesario dotar al Comité de Control y Desempeño Institucional de atribuciones que contribuyan al logro de las mismas.

Siendo facultad de la Contraloría Interna Municipal, el desarrollar y coordinar el Sistema Municipal de Control Interno en la administración pública municipal, expedir normas relativas al control interno así como emitir normas y lineamientos específicos en relación con la mejora de la gestión pública, y en específico de su Titular, el proponer al Presidente Municipal los proyectos de iniciativas de Leyes, Reglamentos, Decretos, Acuerdos y demás disposiciones sobre los asuntos que son competencia de la Contraloría y el emitir las disposiciones, reglas y bases de carácter general, normas y lineamientos en las materias de control y evaluación de la gestión gubernamental municipal, auditorías, desarrollo administrativo armónico, coordinado e integral, innovación, gobierno abierto, gobierno digital, responsabilidades administrativas de los servidores públicos, integridad, ética y prevención de conflictos de interés, obras públicas y servicios relacionados con las mismas. Es por ello qué se aprecia qué el manual de control interno y el plan de administración municipal actuales podrían estar desactualizados, y es necesario alinearlos con las nuevas normativas, políticas y mejores prácticas del Estado. Esto permitirá que el municipio cumpla con los estándares nacionales más recientes y evite posibles brechas normativas o errores administrativos, es importante que los municipios se alineen con el Sistema de Control Interno establecido por el gobierno central, de modo que todas las entidades públicas, independientemente de su nivel, sigan el mismo enfoque y metodología, por lo que la presente normatividad deroga el Plan de Administración de Riesgos del H. Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P., publicado en el Periódico Oficial del Estado el 30 de noviembre de 2020, Manual de Auditoría Interna del Componente Administración de Riesgos del H. Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P., Manual de Control Interno del H. Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. publicado en el Periódico Oficial del Estado el 04 de enero de 2020 Y Acuerdo qué Contiene la Integración del Comité de Administración de Riesgos del H. Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P., por lo que se tiene a bien expedir el siguiente:

MANUAL ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES DE APLICACIÓN EN MATERIA DE SISTEMA DE CONTROL INTERNO MUNICIPAL

ARTÍCULO PRIMERO.- El presente Manual tiene por objeto establecer las Disposiciones, que las dependencias y entidades de la Administración Pública Municipal deberán observar para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua de su Sistema de Control Interno Institucional.

ARTÍCULO SEGUNDO. - En términos del Artículo Primero, se emiten las siguientes:

DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO
TÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES
CAPÍTULO I

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

Los Titulares y los demás servidores públicos de las instituciones que integran la APM, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia el Marco Integrado de Control Interno (MICI) Interno aplicable al Sector Público como el Modelo Estatal a implementarse por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Municipal de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

2.-DEFINICIONES.

Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:

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

III. **Administración:** los servidores públicos de mandos superiores y medios diferentes al Titular de la institución;

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

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

VI. **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. **Comité y/o COCODI:** Comité de Control y Desempeño Institucional;

IX. **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.

X. **Contraloría:** La Contraloría Interna Municipal;

XI. **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;

XII. **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;

XIII. **Control Interno**: el proceso efectuado por el Titular de la institución, la Administración y los demás servidores públicos de una institución, 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;

XIV. **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;

XV. **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 de los órganos de fiscalización;

XVI. **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;

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

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

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

XX. **Evaluación del Sistema de Control Interno**: el proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen los componentes 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;

XXI. **Evidencia Documental:** información obtenida de la administración relacionados con sus actividades de gestión; con la que se acredita el cumplimiento de los elementos de control;

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

XXIII. **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;

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

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

XXVI. **Institución o instituciones:** dependencias y entidades de la Administración Pública Municipal;

XXVII. **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;

XXVIII. **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;

XXIX. **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;

XXX. **Medios de verificación:** evidencia generada de las acciones de control y de mejora comprometidas en los programas de trabajo;

XXXI. **MICI:** Marco Integrado de Control Interno aplicable al Sector Público como el Modelo Estatal a implementarse por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Municipal.

XXXII. **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 Estatal de Desarrollo, 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;

XXXIII. **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;

XXXIV. **Modelo Estándar de Control Interno:** al conjunto de componentes 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;

XXXV. **Objetivos institucionales:** conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Municipal de Desarrollo, en particular de los programas sectoriales, institucionales y especiales, según corresponda;

XXXVI. **Órganos Fiscalizadores:** a las Contralorías Internas u Órganos Internos de Control que dependen jerárquica y funcionalmente de la Contraloría Interna Municipal;

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

XXXVIII. **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;

XXXIX. **Procesos Específicos:** los procesos prioritarios seleccionados para generar un programa de trabajo;

XL. **Procesos Prioritarios:** los procesos con los que se da mayor contribución al cumplimiento de los objetivos y metas de la dependencia o entidad, ya sean sustantivos o administrativos;

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

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

XLIII. **PTAR:** Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

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

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

XLVI. **Riesgo (s) de corrupción:** la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de 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;

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

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

XLIX. **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 una 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;

L. **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.

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

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

CAPÍTULO II
Responsables de su Aplicación y Vigilancia

3.-RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

Será responsabilidad de los Titulares, directores, subdirectores y/o jefes de departamento u homólogos y demás 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 las presentes Disposiciones.

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.

4.-DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACES.

El Titular de cada Institución de este Municipio designará mediante oficio dirigido al Titular de la Contraloría, a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior como Coordinador de Control Interno para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones.

El Titular, a propuesta del Coordinador de Control Interno designará mediante oficio a un servidor público de nivel jerárquico inferior como Enlace del Control Interno y un Enlace de Administración de Riesgos, a fin de que asistan al Coordinador de Control Interno en la aplicación y seguimiento de las presentes disposiciones. En los oficios de designación y sustitución, se deberá marcar copia al Titular de la Contraloría.

5.-DE SU VIGILANCIA Y ASESORÍA.
La Contraloría Municipal por sí, conforme a sus respectivas atribuciones, será responsable de vigilar la implementación y aplicación adecuada de estas Disposiciones; adicionalmente, los Órganos Internos de Control, en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de la Institución para la implementación de su SCII.

TÍTULOSEGUNDO
MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I
Marco Integrado del Control Interno

6.-MARCO NORMATIVO DEL CONTROL INTERNO
El Control Interno se encuentra previsto en las siguientes disposiciones tanto federales, Estatales y Municipales.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
Artículo 134. Los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí
ARTÍCULO 135. Los recursos económicos de que dispongan los poderes del Estado, sus entidades descentralizadas, los organismos constitucionales autónomos, y los ayuntamientos, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez, para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí
ARTÍCULO 44. Para efecto de lo establecido en el artículo inmediato anterior, el Gobernador del Estado contará con la Contraloría General del Estado, a la que corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

Desarrollar y coordinar el Sistema Estatal de Control Interno de la administración pública estatal;

Establecer y vigilar el cumplimiento de las normas de control, fiscalización, y auditoría que deban observar las dependencias y entidades de la administración pública estatal;

Expedir las normas que regulen los instrumentos y procedimientos de control interno de la Administración Pública Estatal, para lo cual podrá requerir de las dependencias competentes la expedición de normas complementarias para el ejercicio del control administrativo.

ARTICULO 44 QUINQUE. Conforme a lo dispuesto en las leyes en la materia, así como en las bases y principios de coordinación emitidas por el Comité Coordinador del Sistema Estatal Anticorrupción, los titulares de los órganos internos de control encabezarán comités de control y desempeño institucional para el seguimiento y evaluación general de la gestión."

Ley Orgánica del Municipio Libre del Estado de San Luis Potosí

"ARTICULO 86. Son facultades y obligaciones del Contralor Interno:
I. Desarrollar y coordinar el Sistema de Control Interno de la administración pública municipal;
…
III. Expedir las normas que regulen los instrumentos y procedimientos de control interno de la Administración Pública Municipal, para lo cual podrá requerir de las dependencias competentes, la expedición de normas complementarias para el ejercicio del control administrativo. Lo anterior, sin menoscabo de las bases y principios de coordinación y recomendaciones emitidas por el Comité Coordinador de los Sistemas, Nacional y Estatal Anticorrupción;
…
IV. Vigilar, en colaboración con las autoridades que integren el Comité Coordinador del Sistema Estatal Anticorrupción, el cumplimiento de las normas de control interno y fiscalización, así como asesorar y apoyar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Municipal, en la promoción de su cumplimiento;"

Reglamento Interno de la Administración Pública Municipal de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P.

"Artículo 38.- La contraloría Interna Municipal, esta investida de independencia técnica y de gestión. Sin menoscabo de las facultades y obligaciones qué le impone la Ley Orgánica del Municipio Libre y demás legislación vigente, tendrá las siguientes funciones en la Administración Pública Municipal:
…

VI. Coordinarse con la Contraloría de Gobierno del Estado y el Instituto de Fiscalización Superior del Estado de San Luis Potosí para el cumplimiento de sus funciones;
…
XVI. Proponer al presidente Municipal las normas técnicas qué considere necesarias para regular los procedimientos y mecanismos de control de la Administración Pública Municipal;
..
XXV. Promover la cultura de la administración de riesgos en la gestión pública y contribuir razonablemente al logro de objetivos estratégicos de cada institución qué integra el gobierno municipal."

7.-MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO

En fecha 04 de marzo de 2024, se publicó en el Periódico Oficial del Estado, el Acuerdo Administrativo mediante el cual se establecen las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación en Materia de Control Interno del Estado, a través de él se establece el Marco Integrado de Control Interno para el sector público acordado por el Sistema Nacional de Fiscalización, como el modelo estatal a implementarse por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí, a fin de observar y cumplir con los criterios que el mismo establece relativos a evaluar el diseño, la implementación y la eficacia operativa del Control Interno en las instituciones del sector público y para determinar si el Control Interno es apropiado y suficiente para cumplir con las tres categorías de objetivos: operación, información y cumplimiento.

Un sistema de control interno efectivo requiere la toma de decisiones y es diseñado con el fin de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos en relación con la eficacia y la eficiencia de las operaciones, la confiabilidad de la información financiera, y el cumplimento de leyes y normas aplicables. Proporciona un modelo general para establecer, mantener y mejorar el sistema de control interno institucional, aportando distintos elementos para el cumplimiento de las categorías de objetivos institucionales (operación, información y cumplimiento).

a) **Finalidad y beneficios del Control Interno.**
El control interno no es un evento único y aislado, sino una serie de acciones y procedimientos desarrollados y concatenados que se realizan durante el desempeño de las operaciones de una institución. Provee amplios beneficios a la institución:

I. Proporciona a los responsables de los procesos operativos una mayor confianza respecto del cumplimiento de sus objetivos;
II. Brinda retroalimentación sobre qué tan eficaz es su operación y ayuda a reducir los riesgos asociados con el cumplimiento de los objetivos institucionales;

III. Contribuye de manera eficaz, eficiente y económica a alcanzar las tres categorías de objetivos institucionales (operaciones, información y cumplimiento); y
IV. Asegura, de manera razonable, la salvaguarda de los recursos públicos.

El Marco Integrado de Control Interno tiene una estructura jerárquica de 5 componentes, 17 principios, 50 puntos de interés relevantes y 31 elementos de control.

Componentes	Principios	Puntos de interés	Elementos de control
1. Ambiente de control	5	16	9
2. Administración de riesgos	4	10	6
3. Actividades de Control	3	11	8
4. Información y comunicación	3	7	5
5. Supervisión	2	6	3

CAPÍTULO II
Responsabilidades y funciones en el Sistema de Control Interno Institucional

8.- RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.
El control interno es responsabilidad del Titular 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 generales, sus principios y elementos de control, así como proponer las acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua.

II. **DEL TITULAR 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, los programas sectoriales, especiales y demás planes
b)

y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;

c) Establecerán y mantendrán un SCII apropiado, operando y actualizado conforme al Marco Integrado de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
d) El Titular supervisará que la evaluación del SCII se realice en el mes de noviembre y se elabore un informe sobre el estado que guarda;
e) Verificarán que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;
f) El Titular aprobará los PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
g) El Titular supervisará la aplicación de la metodología para la administración de riesgos;
h) El Titular instruirá y supervisará que las unidades administrativas, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional; y
i) El Titular instruirá a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz y Programa de 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 Institución, la Contraloría y/o Órgano Fiscalizador, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;
b) Acordar con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del Marco Integrado de Control Interno;
c) Coordinar y vigilar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la institución;

d) Revisar con el Enlace de Control Interno y presentar para aprobación del Titular de la Institución el Informe Anual, los PTCI y los Reportes de Avance Trimestral;

En la Administración de Riesgos:

a. Acordar con el Titular de la Institución de acuerdo a la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;
b. Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y
c) herramienta de gestión. En caso de que la metodología instituida contenga etapas o actividades adicionales a las establecidas en las Disposiciones, se deberá informar por escrito a la Contraloría.
d) Convocar a los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular de la Contraloría Interna Municipal 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 Titular.
e) Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes Disposiciones y ser el canal de comunicación e interacción con el Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos;
f) Revisar los proyectos de Matriz y Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos.
g) Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
h) Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos la Matriz y Mapa de Administración de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
i) Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas;
j) 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 determinados en el Comité, según corresponda.

IV. DEL ENLACE DE CONTROL INTERNO:

a. Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;
b. Gestionar y reforzar los procesos de control interno en conjunto con el Coordinador de Control Interno y las Unidades Administrativas de la Institución, así como, para el cumplimiento de las acciones comprometidas;
c. Definir en conjunto con el coordinador de control interno las áreas o unidades administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;
d. Instrumentar las acciones y los mecanismos de control necesarios, con la finalidad de que las unidades administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;
e. Revisar con los responsables de las unidades administrativas las propuestas de acciones de mejora que serán incorporadas a los PTCI (institucional y específicos) para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las componentes generales, sus principios y elementos de control interno, con el objetivo de si es necesario; replantear las acciones, y lograr la identificación de evidencia adecuada para cada uno de los componentes generales, sus principios y elementos de control;
f. Elaborar el proyecto del Informe Anual y de los PTCI (institucional y específicos) para revisión del Coordinador de Control Interno;
g. Elaborar la propuesta de actualización de los PTCI (institucional y específicos) para revisión del Coordinador de Control Interno; al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Institución;
h. Gestionar e integrar información para la elaboración de proyectos de Reportes de Avance Trimestral del cumplimiento de los PTCI (institucional y específicos) y presentarlos al Coordinador de Control Interno; y
i. Resguardar los documentos señalados en los incisos anteriores que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones.

V. DEL ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

a. Ser el canal de comunicación e interacción con el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas responsables de la administración de riesgos;

b. Gestionar y reforzar los procesos de administración de riesgos en conjunto con el Coordinador de Control Interno y las Unidades Administrativas de la Institución, así como, para el cumplimiento de las acciones de control comprometidas;
c. Informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos; para tal efecto, se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que será proporcionado por la Contraloría Interna Municipal;
d. Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno 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;
e. Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
f. Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avance Trimestral; y
g. Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos de la institución, así como los determinados por el Comité, según corresponda.

VI. DE LA CONTRALORÍA INTERNA MUNICIPAL
En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

A. Asesorar, recomendar y apoyar dentro del ámbito de sus atribuciones a la Institución de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;
B. Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en los PTCI, se cumplan en tiempo y forma;
C. Evaluar los Reportes de Avances Trimestrales de los PTCI;
D. Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya el Enlace de Control Interno;
E. Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el informe anual de control Interno

En la Administración de Riesgos:

A. Asesorar y apoyar a la Institución dentro del ámbito de sus atribuciones de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos;
B. Promover que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos;
C. 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;
D. Evaluar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y
E. Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

CAPÍTULO III
Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno

Sección I.
Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

9.- DE LA EVALUACIÓN DEL SCII.
El SCII deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por 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 componente de Control Interno, sus 17 Principios y elementos 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) además del institucional, y como máximo los que determine la institución conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

La Institución determinará los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) para la evaluación del SCII, cuando éstos se encuentren debidamente mapeados y formalmente incorporados a su 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 y programas sectoriales, regionales, institucionales, especiales y/o transversales.
b) Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Institución.
c) Genera beneficios a la población (mayor rentabilidad social) o están relacionados con la entrega de subsidios.
d) Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al ciudadano, en especial permisos, licencias y concesiones.
e) Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados.
f) Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados.
g) Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción.
h) Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

La institución deberá elaborar y remitir, en el mes de noviembre de cada año, a la Contraloría Interna Municipal una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) en los cuales realizó la evaluación del SCII.

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 los siguientes elementos de control:

PRIMERA. AMBIENTE DE CONTROL.

1. Los servidores públicos de la Institución, conocen y aseguran el cumplimiento de metas, objetivos, misión y visión institucionales derivados del plan estratégico (Institucional);
2. La institución tiene constituido el comité de ética y se da seguimiento al programa de trabajo, donde se difunden las normas de conducta, integridad y prevención de la corrupción (Institucional);
3. La institución tiene instalados los comités establecidos para una correcta estructura de vigilancia y seguimiento (Institucional);
4. Se cuenta con un reglamento interior y/o lineamientos generales que se evalúan periódicamente para asegurar que se alinea con los objetivos institucionales y que ha sido adaptado y actualizado con cualquier objetivo emergente, como nuevas leyes o regulaciones (Institucional);

5. El manual de organización de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable;
6. Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos (Institucional);
7. Se realizan encuestas de clima organizacional, programas de capacitación y/o evaluaciones del desempeño del personal para alinear las habilidades y pericia individuales con los objetivos institucionales (Institucional);
8. Se cuenta con planes de sucesión y/o contingencia en la institución para identificar y/o atender cambios repentinos de personal (Institucional) y
9. Se tienen establecidas las obligaciones y responsabilidades de control interno al personal (Institucional).

SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

1. Se cuenta con un Programa Operativo Anual donde se establecen los lineamientos de planeación, indicadores de cumplimiento y objetivos institucionales;
2. Se identifican y analizan, dentro del proceso, riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales y se generan acciones de control para mitigarlos;
3. Se identifican los riesgos en un mapa de riesgos y
4. Se identifican y analizan dentro del proceso, riesgos de corrupción, abusos y/o fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de objetivos institucionales.

TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL.

a) Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas;
b) Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales;
c) Se cuenta con un proceso manual o automatizado para la creación de sistemas de información con el uso de información institucional (Institucional);
d) Existen y operan actividades de control para los procesos definidos dentro de los sistemas de información;

e) La institución cuenta con el personal, los procesos e Infraestructura adecuadas para operar los sistemas institucionales (Institucional);
f) Se cuenta con actividades de control para monitorear y evitar accesos no autorizados y con lineamientos para salvaguardar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información (Institucional);
g) En caso de un desastre donde hay pérdida de infraestructura en los sistemas informáticos, existe un plan para mantener su funcionamiento y recuperar rápidamente la infraestructura pérdida (Institucional);
h) Se cuenta con un proceso para planificar, crear, probar y desplegar y mantener un registro: de los sistemas informáticos, software de terceros adquiridos, aplicaciones, licencias y contratos de mantenimiento de equipos. (Institucional);
i) Se cuenta con políticas, lineamientos, o manuales que definan la responsabilidad sobre el cumplimiento de los procedimientos para el cumplimiento de los objetivos, riesgos, diseño de actividades de control y su eficacia operativa y
j) Las políticas y procedimientos se evalúan de manera periódica para mantener la relevancia y eficacia del logro de objetivos.

CUARTA. INFORMAR Y COMUNICAR.

a) Se tienen identificados los requerimientos de información para verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales;
b) Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;
c) Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones de Comités Institucionales, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;
d) Se cuenta con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la institución realizar seguimientos y tomar decisiones (Institucional) y
e) Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias (Institucional).

QUINTA. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

a) Se realizan autoevaluaciones o supervisión de los procesos y se da seguimiento a los resultados obtenidos;

b) Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos, para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos y
c) Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras, se utilizan para retroalimentar y dar seguimiento a cada uno de los responsables y mejorar el proceso.

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.

Los responsables y/o dueños de los procesos evaluados deberán establecer y comprometer acciones de mejora en los Programas de Trabajo de Control Interno (institucional y/o específicos), cuando se identifiquen debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII.

10.- EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE CONTROL ADICIONALES

Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, el Coordinador de Control Interno podrá incorporar en la evaluación del SCII e implementación de los 17 Principios, elementos de control adicionales a los descritos en el numeral anterior.

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

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

Sección II.
Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional.

11.- DE SU PRESENTACIÓN

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación al SCII, presentada en el mes de noviembre y los PTCI del ejercicio concluido, los Titulares presentarán con su firma autógrafa un Informe Anual Al Titular de la Contraloría, a más tardar el 31 enero de cada año y en la 4ª Sesión ordinaria del ejercicio concluido.

12.- DE LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN.

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

I.- Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

- **a)** Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por componente general de control interno;
- **b)** Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por componente de control interno;
- **c)** Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por componente 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 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 los PTCI del ejercicio inmediato anterior.

III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman los PTCI del siguiente ejercicio.

Los PTCI del ejercicio a iniciar deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo.

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

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

Sección III.
Integración y seguimiento de los Programas de Trabajo de Control Interno.

14.- INTEGRACIÓN DE LOS PTCI Y ACCIONES DE MEJORA

Los PTCI deberán contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada componente general, de los procesos prioritarios evaluados generando un PTCI específico de al menos 5 de ellos, además de un PTCI Institucional, 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.

Los Órganos fiscalizadores deberán manifestarse sobre la congruencia de las acciones de mejora integradas a los 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, para lo cual el coordinador de control interno deberá presentarle dichos programas para su revisión antes de celebrar la sesión donde serán aprobados;

Los PTCI deberán presentarse para aprobación del comité en la cuarta sesión ordinaria del ejercicio anterior al que corresponde el programa de trabajo, con la firma de autorización del Titular de la Institución, de revisión del Coordinador de Control Interno, enlace de control interno y el responsable del proceso.

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

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

15.- ACTUALIZACIÓN DE LOS PTCI.

Los PTCI podrán ser actualizados con motivo de las recomendaciones formuladas por la Contraloría y/o el Titular del Órgano Fiscalizador, derivadas de la evaluación al Informe Anual y a los PTCI presentados 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 primera sesión del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

16.- REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DE LOS PTCI.

I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora de los PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar trimestralmente al Titular 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 Órgano de Gobierno, según corresponda;

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

D. Firma del Coordinador de Control Interno, Enlace de Control Interno y del responsable del proceso.
Se deberá presentar la evidencia documental y/o medios de verificación que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las acciones comprometidas en cada proceso específico, así como en el institucional, de manera electrónica.

II. El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:
A la Contraloría (en caso de entidades) y/o al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 10 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, de manera impresa y en formato electrónico, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación y en la sesión ordinaria de COCODI correspondiente.

17.- INFORME DE EVALUACIÓN AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTCI.

La Contraloría y/o los Órganos Fiscalizadores realizarán la evaluación del Reporte de Avances Trimestral de los PTCI y elaborará el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte; el cual se presentará:

I. Al Titular de la Institución, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de los reportes de avances trimestrales de los PTCI y en la sesión ordinaria correspondiente al trimestre.

II. Al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada trimestre.

Sección IV.
EVALUACIÓN DE LA CONTRALORÍA INTERNA MUNICIPAL AL INFORME ANUAL Y PTCI.

18.- INFORME DE RESULTADOS.

La Contraloría y/o el Titular de los Órganos Fiscalizadores evaluarán de manera integral el Informe Anual, la evaluación del SCII y los PTCI del ejercicio a iniciar, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados al Titular de la Institución a más tardar el último día hábil del mes de febrero.

19.- DE SU CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.

El Informe de Resultados de la Contraloría y/o el Titular de los Órganos Fiscalizadores 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 evaluación 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 y fortalecer el Sistema de Control Interno; y si presenta la evidencia documental que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las acciones comprometidas en cada proceso prioritario seleccionado, así como en el institucional;

IV. La congruencia de las acciones de mejora integradas a los 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.

V. 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 formulen la Contraloría y/o los Órganos Fiscalizadores, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

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

20.- INICIO DEL PROCESO

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse en el mes de noviembre, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, el Titular del Órgano Fiscalizador o un representante de la Contraloría, 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 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, en el cual deberá reflejarse las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

21.- IMPORTANCIA Y TRASCENDENCIA.

El componente de Administración de Riesgos establece, entre otras disposiciones, lo siguiente:

- **Definir metas y objetivos de la Dependencia o Entidad**

El Titular de la institución, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos a través de un Programa Rector que, de manera coherente y ordenada, se asocie a éstos y a su mandato legal, asegurando su alineación a la Misión, Visión y Objetivo General de la institución.

- **Evaluar los Riesgos**

El Titular u Órgano de Gobierno a través de la Administración debe identificar, analizar y responder a los riesgos que de materializarse pueden afectar el cumplimiento de metas y objetivos, así como los correspondientes a las funciones, procesos, programas y proyectos.

- **Considerar el Riesgo de Corrupción**

El Titular de la institución, a través de la Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraude, abuso y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realiza la Institución.

- **Cambios internos y externos que impactan el control interno**

El Titular de la institución, a través de la Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar el control interno, a efecto de evitar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos y/o surgir nuevos riesgos.

Dado que todo riesgo afecta al cumplimiento de los objetivos o metas de una organización, la aplicación adecuada y efectiva de la metodología de administración de riesgos dependerá, en un primer momento, de la definición que la institución haga de sus propios objetivos. Si los objetivos no son claros, adecuados y totalmente alineados con el espíritu y naturaleza de la institución, la aplicación de dicha metodología será limitada y probablemente no logrará su propósito.

- **Relevancia de contar con una adecuada Administración de Riesgos**

Como cualquier organización, el Gobierno -Municipal tiene la premisa subyacente de generar valor, en este caso para la sociedad, enfrentándose a un cierto nivel de incertidumbre, por lo que uno de los retos es determinar cuánta incertidumbre se puede aceptar mientras se realizan esfuerzos por mejorar los resultados.

La gestión de riesgos permite tratar eficazmente la incertidumbre y sus riesgos y oportunidades asociados, mejorando así la capacidad de generar valor.

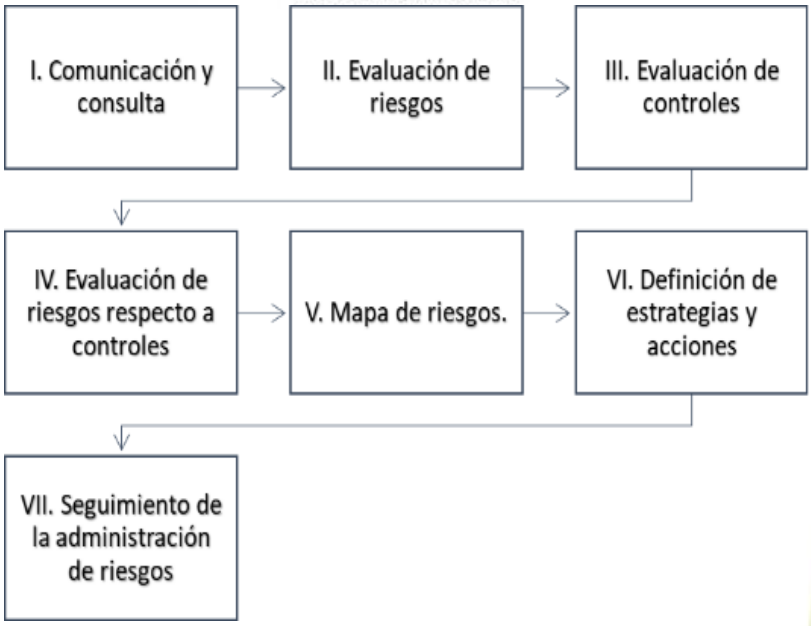
La gestión de riesgos incluye las siguientes capacidades:

a) Identificar el riesgo por cada una de las estrategias.
b) Mejorar las decisiones de respuesta a los riesgos.
c) La gestión de riesgos proporciona rigor metodológico para identificar los riesgos y seleccionar posibles alternativas de respuesta con la finalidad de evitarlos, reducirlos, compartirlos o aceptarlos.
d) Identificar y gestionar la diversidad de riesgos para toda la institución.
e) Aprovechar las oportunidades mediante la consideración de una amplia gama de potenciales eventos, la dirección está en posición de identificar y aprovechar las oportunidades de modo proactivo.
f) Estas capacidades, inherentes en la gestión de riesgos, ayudan a alcanzar los objetivos de la institución.

- **Roles y responsabilidades generales:**
  a) Todas las personas que integran una dependencia o entidad tienen alguna responsabilidad en la gestión de riesgos.
  b) El directivo de mayor nivel es su responsable último.
  c) Otros directivos apoyan la filosofía de gestión de riesgos de la institución, promueven el cumplimiento del riesgo aceptado y gestionan los riesgos dentro de sus áreas de responsabilidad en conformidad con la tolerancia al riesgo.
  d) El restante personal de la institución es responsable de ejecutar la administración de riesgos de acuerdo con las directrices y protocolos establecidos.
  e) El consejo directivo se encarga de la supervisión de la gestión de riesgos por medio de los informes sobre su administración.

22.- METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

La presente metodología general de administración de riesgos deberá tomarse como base para la metodología específica que apliquen cada una de las instituciones de la Administración Pública Municipal, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.



I. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Considerar el plan estratégico institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Institución, los procesos prioritarios, así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos,

b) Definir las bases y criterios a 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 considerando los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, así como los trámites y servicios internos y externos. Se deben considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la institución, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos.

Entre los tipos de corrupción más comunes se encuentran:

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

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

- ⇒ Conflicto de interés. Cuando los intereses personales, familiares o de negocios de un servidor público puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, comisiones o funciones.
- ⇒ Utilización de los recursos asignados y las facultades atribuidas para fines distintos a los legales.
- ⇒ Pretensión del servidor público de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la Institución le otorga por el desempeño de su función.
- ⇒ Participación indebida del servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para un tercero.
- ⇒ Aprovechamiento del cargo o comisión del servidor público para inducir a que otro servidor público o tercero efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para un tercero.
- ⇒ Coalición con otros servidores públicos o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.
- ⇒ Intimidación del servidor público o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.
- ⇒ Tráfico de influencias. Consistente en que el servidor público utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otro servidor público efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte.
- ⇒ Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. Cuando en el ejercicio de sus funciones, el servidor público llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.
- ⇒ Peculado. Cuando el servidor público autorice, solicite o realice actos para el uso o apropiación para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte, de recursos públicos, sean materiales, humanos o financieros, sin fundamento jurídico o en contraposición a las normas aplicables.

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.

II. EVALUACIÓN DE RIESGOS. (Valoración Inicial)

Esta etapa se debe identificar, seleccionar, describir los riesgos, ubicarlos en el nivel de decisión, clasificarlos, identificar los factores, si es interno o externo, los posibles efectos y la valoración del grado de impacto.

a) Identificación, selección y descripción de riesgos

Se realiza en base a las metas, objetivos institucionales, y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, a fin de constituir el inventario de riesgos institucional.

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

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; análisis de indicadores de gestión, desempeño o de riesgos; cuestionarios; análisis comparativo y registros de riesgos materializados.

Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales, en su descripción, se recomienda la siguiente estructura:

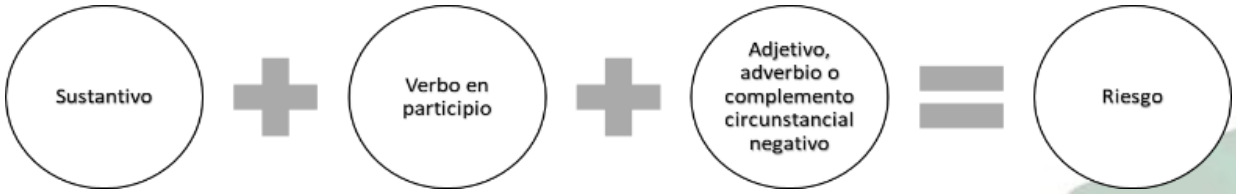
Recomendaciones en la redacción de riesgos

- Redacte de forma clara, específica, y directa, sin dar lugar a ambigüedades.

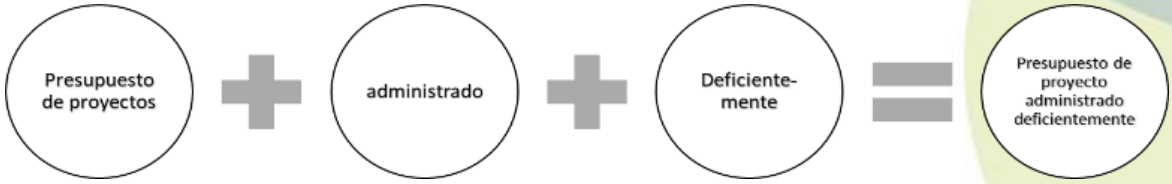
- Utilizar 10 palabras como máximo para describir cada riesgo.

- Procure evitar calificativos como “malo” o “poco”; prefiera otros como más precisos como “deficiente”, “insuficiente” o “ineficiente”.

- No redacte comenzando como “Falta de…” u otras frases similares que llevan implícito el sesgo hacia una supuesta solución particular.



Ejemplo:



b) Nivel de decisión del riesgo.

En este punto, se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de materializarse, los cuales pueden agruparse en las siguientes categorías:

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

c) Clasificación de los riesgos.

Los riesgos pueden ser de tipo: sustantivo, administrativo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC´s; de salud; de corrupción y otros. La clasificación, debe ser congruente con la descripción del riesgo.

d) Identificación de factores de riesgo.

Se describirán las causas o situaciones que puedan pueden contribuir a la materialización de un riesgo, es decir, los factores del riesgo, considerando la siguiente clasificación:

- **Humano:** Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.
- **Financiero Presupuestal:** Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.
- **Técnico-Administrativo:** Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.
- **TIC´s:** Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados;
- **Material:** Se refieren a la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.
- **Normativo:** Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos.
- **Entorno:** Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

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

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

f) Identificación de los posibles efectos de los riesgos.
Corresponde a describir las consecuencias que, en caso de materializarse el riesgo, pueden incidir en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

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) Valoración de la probabilidad de ocurrencia.

Se determina en función de los factos de riesgo en una escala del 1 al 10, conforme a lo siguiente:

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 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	Puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la institución.
1		

La valoración del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia deberá realizarse 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.

III. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

Con base en las valoraciones iniciales, es necesario considerar los posibles controles que se tengan establecidos en la Dependencia o Entidad y que pudieran apoyar a que los riesgos no se materialicen o que, en caso de presentarse, su impacto sea menor, una vez realizada la valoración de controles, se deben revisar las valoraciones iniciales y, en su caso, ajustarlas.

Existe deficiencias cuando no reúne 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.

Así, se considera que hay suficiencia en los controles, cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.

IV. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES (Valoración final).

En esta etapa se realiza 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.

Para realizarla, se debe considerar lo siguiente:

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.

V. MAPA DE RIESGOS.

Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical.

La representación gráfica del Mapa de Riesgos deberá contener los cuadrantes siguientes:

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

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

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

Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento. - Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

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

Las estrategias y acciones constituirán las opciones para administrar los riesgos, basados en su valoración respecto a controles, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por factor:

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 protección se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre al aseguramiento 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.

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.

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.

VII. 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

23.- PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, debidamente firmado por el Titular de la Institución, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

a) Los riesgos;
b) Los factores de riesgo;
c) Las estrategias para administrar los riesgos, y
d) Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar:

- Unidad administrativa;
- Responsable de su implementación;
- Las fechas de inicio y término, y
- Medios de verificación.

24.- REPORTES DE AVANCES.

A fin de dar seguimiento, al cumplimiento de las acciones de control del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, la Administración, deberá realizar reportes de avances, los cuales serán de forma trimestral, en el que se recomienda, se incluya 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;

c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas, y con respecto a las acciones concluidas, cuál es su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos; y

d) Firma del Coordinador de Control Interno y el enlace de administración de riesgos.

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

A. A la Contraloría y/o al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 10 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación y en la sesión ordinaria de COCODI correspondiente.

Asimismo, se deberá enviar en forma electrónica la evidencia documental y/o los medios de verificación que acrediten la implementación y avances reportados, de las acciones de control comprometidas en el PTAR.

25.- EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR

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

26.- INFORME DE EVALUACIÓN AL REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PTAR

La Contraloría y/o el Titular de los Órganos Fiscalizadores presentará a la institución su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, como sigue:

- Al Titular de la Institución, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTAR y en la sesión ordinaria correspondiente al trimestre evaluado.

27.- REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS.

Los Titulares realizarán un Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, dirigido al Titular de la Contraloría, a más tardar el 31 enero de cada año, con relación a los riesgos determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior con la matriz de riesgos correspondiente al ejercicio actual, 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.

TÍTULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I
De los objetivos del Comité

28.- DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ.

Los Titulares de las Instituciones instalarán y encabezarán el Comité de Control y Desempeño Institucional, el cual tendrá los siguientes objetivos:

I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios, así como a la evaluación y seguimiento del control interno y mejora de la gestión pública de las instituciones;

II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;
III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;
IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;
V. Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTCI y acciones de control del PTAR;
VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de órganos fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de las mismas;
VII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución;
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;
IX. Definir y establecer acciones para promover la política relativa a la mejora de la gestión pública en la institución, propiciando la integridad, transparencia y rendición de cuentas, tomando como base los criterios y lineamientos que emita la Contraloría, así como los integrantes de los Sistemas Nacional y Estatal Anticorrupción y de Fiscalización; y
X. Establecer las bases para generar la información que requiera la Contraloría y/o los integrantes de los Sistemas Nacional y Estatal Anticorrupción y de Fiscalización relativas a la evaluación de la gestión relativa a la institución a su cargo.

CAPÍTULO II
De la integración del Comité

29.- DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.
Todas las Instituciones constituirán un Comité, que será encabezado por su Titular y el Titular de la Contraloría Interna Municipal, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

I. El presidente: Titular de la Contraloría Interna Municipal o un representante de la Contraloría.
II. El Vocal Ejecutivo: Titular de la Institución.
III. Vocales: Podrán designarse como tal, a los directores generales (diversos al Titular) y Directores de Área de la institución.

Es importante señalar que, dependiendo de la estructura de la institución, no todos los directores generales y directores de Área fungirán como Vocales, quedando a criterio del Titular la participación de éstos. Sin embargo, de forma invariable, deberán formar parte del Comité los Titulares de las áreas de Planeación, Presupuesto, Administrativa, Jurídico o equivalente, Tecnología de la Información, Comunicación o equivalente, si se contase con ella.

Así también, formará parte de los Vocales, el Coordinador de Control Interno (cuando no participe como Vocal ejecutivo suplente).

En el caso de las instituciones que no cuenten en su estructura con Directores Generales diversos al Titular y/o Directores de Área, formarán parte de los Vocales los subdirectores de área, o bien el personal que según su estructura pueda ser designado.

Los órganos administrativos desconcentrados deberán instalar su propio COCODI para los efectos que establece el Titulo Cuarto del presente Manual como excepción y en caso de no contar la estructura orgánica suficiente para su implementación, el Titular de la institución podrá formular solicitud al Vocal y Presidente del COCODI de la dependencia a la que se encuentran jerárquicamente subordinados, para que determine por votación de la mayoría de sus miembros si en sus sesiones, pueden ser tratados los asuntos del órgano administrativo que solicita su adhesión o, en su caso, determinar la pertinencia de constituir un Comité propio, informando a la Contraloría Municipal Interna lo acordado.

30.- DE LOS INVITADOS.

Se podrán incorporar al Comité como invitados:

a) Los servidores públicos de la APM, internos o externos a 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;

b) Personas externas a la APM, expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del presidente;
c) Los Enlaces de Control Interno y de Administración de Riesgos.

Los invitados señalados en el presente numeral participarán en el Comité con voz, pero sin voto, quienes podrán proponer a consideración del Comité, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos, para su atención oportuna.

31.- DE LOS SUPLENTES.

Los miembros propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquellos.

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. 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

32.- 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 Fiscalizador 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 la recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por la Contraloría, los Órganos Fiscalizadores o por otras instancias externas de fiscalización.

IV. 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 o equivalente por conductas contrarias al Código de Conducta;

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

a) Conocer de las verificaciones de los resultados de la ejecución de los programas y presupuesto, a fin de que la Dependencia o Entidad aplique las medidas conducentes para mejorar el 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.
c) La revisión del cumplimiento de los programas y temas transversales de la institución, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos;

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

VII. Aprobar acuerdos para implementar acciones relativas a propiciar y fomentar la política de gestión gubernamental, contribuyendo que la institución alcance los objetivos establecidos, a través de un ejercicio eficaz, eficiente y con economía de los recursos públicos;

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.

33.- DE LAS FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ.

El presidente del comité tendrá las funciones siguientes:

I. Determinar juntamente 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 ajenos a la APE;
V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, al Órgano de Gobierno de las entidades, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración del Comité.

34.- DE LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS.

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

a) Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité;
b) Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité;
c) Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité;
d) Proponer la participación de invitados externos a la APM;
e) Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
f) Analizar la carpeta de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos;
g) Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional, para su oportuna atención.

35.- DE LAS FUNCIONES DEL VOCAL EJECUTIVO.

El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

a) Verificar el quórum legal;
b) Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;
c) Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de Orden del Día;
d) Validar que la información institucional fue previamente enviada para consulta de los convocados previo a la sesión;
e) 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;
f) Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables;
g) 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;

CAPÍTULO IV
Políticas de Operación

Sección I
De las sesiones

36.- DEL TIPO DE SESIONES Y PERIODICIDAD.

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

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse durante el mes inmediato posterior a la conclusión de los trimestres calendario, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones, de la siguiente manera:

- Primera sesión; periodo enero-marzo; se llevará a cabo en abril.
- Segunda sesión; periodo abril–junio; se llevará a cabo en julio.
- Tercera sesión; periodo julio-septiembre; se llevará a cabo en octubre.
- Cuarta sesión; periodo octubre–diciembre; se llevará a cabo en enero.

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

38.- DEL CALENDARIO DE SESIONES.

El Calendario de sesiones ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la cuarta sesión ordinaria, en caso de modificación, el Vocal Ejecutivo en acuerdo con el Presidente, informará a los miembros e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

Los órganos administrativos desconcentrados y las entidades deberán programar sus sesiones, cuando menos con 15 días de anticipación a la celebración de las correspondientes a su Órgano de Gobierno, según corresponda.

39.- 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

40.- DE LA ORDEN DEL DÍA.

La Orden del Día se podrá integrar conforme a lo siguiente:

I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión.
II. Lectura y aprobación del 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 y el presidente determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones).
V. Informe Pasivos contingentes, Juicios laborales o administrativos en contra de la Institución, 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
VI. Análisis del Avance de Presupuestal.
VII. Evaluación del cumplimiento de objetivos y metas (avance y resultados).
VIII. Seguimiento a la implementación, establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional (Evaluación del SCII, Matriz de Riesgos, Mapa de Riesgos, Programas de Trabajo de Control Interno y Administración de Riesgos, Reportes de Avances de Control Interno y Administración de Riesgos, Informe Anual de Control Interno, Reportes de Avances de los Programas de trabajo, Informes de evaluaciones de control interno y Administración de Riesgos e informe de resultados al informe anual según sea el caso).

IX. Seguimiento al Programa de Trabajo del Comité de ética
X. Reporte de cumplimiento Plataforma Estatal de Transparencia.
XI. Resumen y descripción de total de observaciones determinadas por las diferentes Instancias Fiscalizadoras, así como aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses.
XII. Asuntos generales.
XIII. Revisión y Ratificación de Acuerdos
XIV. Cierre de la sesión.

Sección III
De los acuerdos

41.- REQUISITOS DE LOS ACUERDOS.

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

a) 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;
b) Precisar a los responsables de su atención;
c) 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
d) 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.

42.- ENVÍO DE ACUERDOS PARA SU ATENCIÓN.

El Vocal Ejecutivo remitirá los acuerdos a los responsables de su atención, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente.

43.- ACUERDOS RELEVANTES DEL CONOCIMIENTO DE INSTANCIAS SUPERIORES.

El Comité determinará los acuerdos relevantes que el Vocal Ejecutivo hará del conocimiento al Órgano de Gobierno de las entidades.

Sección IV
De las Actas

44.- REQUISITOS DEL ACTA.

Por cada sesión del Comité se levantará un acta que será foliada y contendrá al menos lo siguiente:

Nombres y cargos de los asistentes; asuntos tratados y síntesis de su deliberación; acuerdos aprobados, y 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.

45.- 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 5 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 10 días naturales posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, para su integración en el expediente y ratificación en la siguiente sesión.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Manual entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el la Pagina Web Oficial del Municipio de Soledad de Graciano Sánchez.

SEGUNDO. Se abroga el Plan de Administración de Riesgos del Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P., publicado en el Periódico Oficial del Estado el 30 de noviembre de 2020, Manual de Auditoría Interna del Componente Administración de Riesgos del H. Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P., Manual de Control Interno del Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. publicado en el Periódico Oficial del Estado el 04 de enero de 2020 y Acuerdo qué Contiene la Integración del Comité de Administración de Riesgos del Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P., asimismo quedan sin efecto las disposiciones administrativas que se opongan a lo establecido en este Manual.

TERCERO. La interpretación del presente Acuerdo, para efectos administrativos, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la Contraloría Interna Municipal.

CUARTO. Las referencias que en cualquier manual, lineamiento o disposición administrativa se haga al Plan de Administración de Riesgos del H. Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P., publicado en el Periódico Oficial del Estado el 30 de noviembre de 2020 así como el Manual de Control Interno del H. Ayuntamiento de Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. publicado en el Periódico Oficial del Estado el 04 de enero de 2020 o a sus reformas, se entenderán hechas al presente Manual

QUINTO. En un plazo de treinta días naturales a partir de la vigencia del presente, cada Comité de Control y Desempeño Institucional, deberá adecuar los Programas de Trabajo de Control Interno y Administración de Riesgos, el Informe Anual del Sistema de Control Interno Institucional y Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, conforme a lo previsto en el presente Manual y conforme a los formatos que expida la Contraloría Interna Municipal.

SEXTO. El cumplimiento a lo establecido en el presente Manual se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que tengan asignados las instituciones de la Administración Pública Estatal.

Dado en el Municipio de Soledad de Graciano Sánchez del mismo nombre, a los 20 veinte días del mes de marzo del año dos mil veinticinco.

Lic. Juan Manuel Navarro Muñiz
Presidente Municipal de Soledad de Graciano Sánchez
(Rúbrica)

Lic. Benjamín Pérez Álvarez
Presidente Municipal de Soledad de Graciano Sánchez
(Rúbrica)

Lic. Beatriz Carranza Betancourt
Contralor Interna Municipal
(Rúbrica)