**CONSIDERACIONES PARA ELABOR DE ACTA DE HECHOS:**

* REDACCIÓN DEBERÁ SER CLARA, CONCRETA, CON BUENA ORTOGRAFÍA Y SINTAXIS.
* UTILIZAR HOJAS OFICIALES CON (MEMBRETE Y/O LOGOS).
* PROEMIO: LUGAR, FECHA, HORA, ENTE PÚBLICO Y PERSONAS QUE INTERVIENEN.
* DECLARACIONES: PERSONAS QUE INTERVIENEN DEBERÁN ACREDITAR CON CREDENCIAL OFICIAL SU PERSONALIDAD, SEÑALANDO CARGO Y PUESTO DE ADSCRIPCIÓN.
* PROTESTA DE DECIR VERDAD.
* HECHOS: SE DESCRIBIRÁN ESPECIFICANDO TIEMPO, MODO Y FORMA DE FORMA CLARA, SEÑALANDO ÁREAS A LAS QUE DE ACUERDO A SUS FUNCIONES ESTABLECIDAS EN SU REGLAMENTO INTERIOR GENERARON DOCUMENTACIÓN ESPECIFICANDO EL TIPO DE INFORMACIÓN Y AÑO.
* FIRMAS DE QUIENES INTERVIENEN.

RESPONSABLES DE ÁREA GENERADORA, COORDINADOR NORMATIVO/ ENLACE NORMATIVO Y DOS TESTIGOS.

* ANEXO DE INVENTARIO DE NÚMERO DE CAJAS, SEÑALANDO TIPO DE DOCUMENTOS, FOJAS, AÑOS Y ÁREA GENERADORA.
* ANEXO REPORTE FOTOGRÁFICO.

**ACTA DE HECHOS**

EN LA CIUDAD DE (LUGAR), ESTADO DE HIDALGO, SIENDO **LAS10:00 DIEZ HORAS DEL DÍA (NÚMERO Y LETRA) DEL MES DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL AÑO 2018 DOS MIL DIECIOCHO**, REUNIDOS EN LA OFICINA (ESPACIO ESPECIFICO) QUE OCUPA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL ÁREA QUE DESEA DEJAR EVIDENCIA DEL HECHO), SITA EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (INSTALACIONES / EDIFICACIÓN); EL **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE ÁREA GENERADORA) EN SU CALIDAD DE **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (CARGO), Y EL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOMBRE COMPLETO DEL ENLACE O COORDINADOR NORMATIVO) EN SU CARÁCTER \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL (NOMBRE DEL SUJETO OBLIGADO); SE LEVANTA LA PRESENTE ACTA.

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - **DECLARACIONES** - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

1.- EL C. (NOMBRE COMPLETO DEL **TITULAR DE ÁREA GENERADORA**) EN SU CALIDAD DE (CARGO Y ADSCRIPCIÓN) QUIEN SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL OFICIAL.

2.- EL C. (NOMBRE COMPLETO DEL **CONTRALOR INTERNO**) EN SU CALIDAD DE (CARGO Y ADSCRIPCIÓN) QUIEN SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL OFICIAL.

3.- EL C. (NOMBRE COMPLETO DEL **ENLACE/COORDINADOR NORMATIVO**) EN SU CALIDAD DE (CARGO Y ADSCRIPCIÓN) QUIEN SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL OFICIAL.

4.-EL C. (NOMBRE COMPLETO **TESTIGO**) EN SU CALIDAD DE (CARGO Y ADSCRIPCIÓN) QUIEN SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL OFICIAL QUIEN INTERVIENE COMO TESTIGO DE ASISTENCIA.

5.-- EL C. (NOMBRE COMPLETO **TESTIGO**) EN SU CALIDAD DE (CARGO Y ADSCRIPCIÓN) QUIEN SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL OFICIAL QUIEN INTERVIENE COMO TESTIGO DE ASISTENCIA)

PERSONAS QUE INTERVIENEN A FIN DE DEJAR CONSTANCIA DE LOS HECHOS QUE SE REPORTAN.

SE HACE CONSTAR EN ESTE ACTO LA PRESENCIA DEL **(NOMBRE COMPLETO)**, TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL/ CONTRALOR INTERNO (ENTE PÚBLICO), QUIEN INTERVIENE DE CONFORMIDAD A LOS ARTÍCULOS 1, 4, 5 14 Y 31 DE LA LEY DE ENTREGA RECEPCIÓN DE LOS RECURSOS PÚBLICOS DEL ESTADO DE HIDALGO, **ASÍ COMO DEL ARTÍCULO 22 FRACCIONES I, X Y XVIII DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE CONTRALORÍA (EN CASO DE QUE EL ENTE PÚBLICO PERTENEZCA A LA ADMINISTRACIÓN PÚBICA CENTRALIZADA O DESCENTRALIZADA) - - - - -** - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**ASÍ COMO EL ARTÍCULO 89 FRACCIÓN I INCISO C, VINCULADO CON EL NUMERAL 105 FRACCIÓN XX DE LA LEY ORGÁNICA MUNICIPAL (EN CASO DE QUE EL ENTE PÚBLICO SEA UN AYUNTAMIENTO). - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

EN USO DE LA VOZ EL **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOMBRE COMPLETO CARGO Y ADSCRIPCIÓN DEL TÍTULAR DEL ÁREA GENERADORA)**, MANIFIESTA QUE EN EL ÁREA AHORA A SU CARGO, ACONTECIERON LOS SIGUIENTES HECHOS:

1. (**DESCRIBIR EN NARRATIVA DE HECHOS, EL HALLAZGO Y/O AUSENCIA DE LOS ARCHIVOS DOCUMENTALES Y MAGNÉTICOS, ASÍ COMO INVENTARIO DOCUMENTAL, LOCALIZADOS EN EL ÁREA; DEBIENDO PRECISAR FECHAS Y EN SU CASO SOPORTE DE LO EXISTENTE)** - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -
2. **ANEXO (ASIGNAR NÚMERO),** DE TODA EVIDENCIA QUE DEBA FORMAR PARTE DEL ACTA. - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -
3. **OTROS HECHOS**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

SE HACE CONSTAR QUE PREVIO A LAS FUNCIONES RECIBIDAS POR EL (**NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE)**, SE DESEMPEÑABA AL FRENTE DEL ÁREA EL C. (**NOMBRE Y CARGO)** DEL **PERIODO (DÍA, MES Y AÑO /INICIO) AL (DÍA, MES Y AÑO/FINAL)**.------------------ - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 7, 49 FRACCIONES V Y VII DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, LA **INFORMACIÓN Y RECURSOS** DESCRITOS EN ESTA ACTA QUEDARON A CARGO DEL **(NOMBRE COMPLETO CARGO Y ADSCRIPCIÓN DEL TÍTULAR DEL ÁREA GENERADORA)** PARA EL MEJOR PROVEER DE LAS FUNCIONES QUE TIENE ENCOMENDADAS EN EL ÁREA, A PARTIR DEL **(DÍA, MES Y AÑO**); POR LO QUE ES SU RESPONSABILIDAD EL RESGUARDO Y BUEN USO DE ESTOS. - - - - - - - - - - - - -

EL **(NOMBRE COMPLETO CARGO Y ADSCRIPCIÓN DEL TÍTULAR DEL ÁREA GENERADORA)** MANIFIESTA HABER PROPORCIONADO LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA PRESENTE ACTA, QUEDANDO INCLUIDOS DE CONFORMIDAD CON LOS REGISTROS QUE OBRAN Y DE LOS QUE EL MISMO TIENE CONOCIMIENTO, LOS ANEXOS QUE SE MENCIONAN EN ESTA ACTA, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y SE FIRMAN EN TODAS SUS FOJAS PARA SU IDENTIFICACIÓN Y EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR. - - - - - - - - -- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - **CIERRE DEL ACTA** - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

PREVIA LECTURA DE LA PRESENTE ACTA Y NO HABIENDO MÁS QUE HACER CONSTAR, SE DA POR CONCLUIDA **A LAS 11:00 ONCE HORAS DEL DÍA 10 DIEZ DE OCTUBRE DE 2018 MIL DIECIOCHO**, FIRMANDO PARA CONSTANCIA EN TODAS SUS FOJAS AL MARGEN Y AL CANCE LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON. - - - - - -

**ENTE PÚBLICO**

**(RESPONSABLE DEL ÁREA)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ÓRGANO INTERNO DE CONTROL**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE

**TESTIGOS DE ASISTENCIA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE TESTIGO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TESTIGO