

SCI

Sistema de Control Interno de la UABJO

Contraloría General | Marzo 2020

Tabla de contenido

Introducción iv
Antecedentes v
Referencias normativas y bibliográficas vi
Glosario vii
Capítulo I. Modelo de Control Interno 1
1.1 Categorías del objetivo del Control Interno 1
1.1.1. Objetivos de operación 1
1.1.2. Objetivos de información 1
1.1.3. Objetivos de cumplimiento 2
1.1.4. Objetivos de salvaguarda 2
1.2 Niveles de Control Interno 2
1.2.1. Nivel estratégico 3
1.2.2. Nivel directivo 3
1.2.3. Nivel operativo 3
1.3 Componentes del Control Interno 3
1.3.1. Ambiente de control 5
1.3.2. Administración de riesgos 11
1.3.3. Actividades de control 16
1.3.4. Información y comunicación 22
1.3.5. Supervisión y mejora continua del control institucional 25
Capítulo II. Administración de Riesgos 29
2.1. Proceso de administración de riesgos 29
2.1.1 Inicio del proceso 29
2.1.2 Etapas de la metodología 29
2.1.3 Riesgos de corrupción 39

2.1.4 Nivel de tolerancia 40
2.1.5 Servicios tercerizados 41
2.2. Seguimiento de la Administración de Riesgos 42
2.2.1 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos 42
2.2.2 Reporte de avances trimestral del PTAR 42
2.2.3 Registro en sistema y evidencia documental del PTAR 43
2.2.4 Informe de evaluación del Titular de la Dirección de Auditoría al reporte de avances trimestral del PTAR 43
2.2.5 Reporte anual de comportamiento de los riesgos 43
Capítulo III. Evaluación y fortalecimiento 45
3.1. Evaluación del Sistema de Control Interno 45
3.1.1 Ambiente de control 46
3.1.2 Administración de riesgos 46
3.1.3 Actividades de control 47
3.1.4 Información y comunicación 47
3.1.5 Supervisión y mejora continua 48
3.2 Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno 48
3.3 Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno 49
3.4 Evaluación del Contralor General al informe anual y PTCI 51
Capítulo IV. Responsabilidades y funciones 52
4.1 Responsabilidades y funciones 52
4.1.1 Genéricas 52
4.1.2 Del Rector y la Administración 52
4.1.3 Del Contralor General 52
4.1.4 Del Director de Auditoría 53
4.1.5 Del Coordinador de Control Interno 54
4.1.6 Del Auditor del Control Interno 55

4.1.7 Del Auditor de Administración de Riesgos 56
Capítulo V. Comité de Control Interno 57
5.1 Objetivos del comité 57
5.2 Integración del comité 57
5.2.1 Invitados 58
5.2.2 Suplentes 58
5.3 Atribuciones del comité y funciones de los miembros 58
5.3.1 Atribuciones del comité 58
5.3.2 Funciones del Presidente del Comité 59
5.3.3 Funciones de los miembros propietarios 60
5.3.4 Funciones del Secretario del Comité 60
5.4. Políticas de operación 61
5.4.1 De las sesiones 61
5.4.2 Del orden del día 62
5.4.3 De los acuerdos 65
5.4.4 De las actas 65

Introducción

La Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca en el marco de su compromiso ante la sociedad, ha establecido como imprescindible, que su operación y funcionamiento a través de todos los procesos operativos y administrativos, consideren la observación y actuación de la transparencia y rendición de cuentas, para lograr los objetivos institucionales en el logro de su misión.

Ante este planteamiento, la Gestión Universitaria debe incorporar acciones responsables para mantener las mejores condiciones en la procuración de servicios y lograr un equilibrio hacia el interior de su administración para la consecución de los fines previstos en los instrumentos de planeación. Por tanto, el Control Interno es un instrumento reconocido que coadyuva al logro de los objetivos institucionales.

Por ello, es necesario promover la cultura del Control Interno en la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, con el fin de impulsar la prevención y la detección de eventos que obstaculicen el logro de los propósitos institucionales.

El objetivo del presente documento, es cumplir los Lineamientos Generales del Sistema de Control Interno de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, sensibilizar a los Servidores Públicos Universitarios que trabajan en todas las Unidades Administrativas y Académicas, sobre la importancia del Control Interno en el ejercicio de sus facultades, con el objetivo de promover la eficiencia, eficacia y economía en los planes, programas y actividades; obtener información oportuna para la toma de decisiones; asegurar el cumplimiento de las disposiciones normativas y salvaguardar, preservar y mantener los recursos de la Universidad.

La responsabilidad del funcionamiento en la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, es de la estructura organizacional. El Control Interno constituye una serie de acciones que se aplican en las actividades de la misma; debe ser parte de éstas, permitiendo su funcionamiento adecuado y supervisando su comportamiento y aplicabilidad en cada momento.

Antecedentes

La gestión Universitaria actual, debe orientarse a resultados, ser eficiente y contar con mecanismos de evaluación que permitan mejorar su desempeño y la calidad de sus servicios; que simplifique la normatividad y trámites, rinda cuentas de manera clara y oportuna a la comunidad Universitaria, que optimice el uso de los recursos Institucionales, y que utilice las tecnologías de información y comunicaciones.

El día 12 de julio de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

El 16 de enero del 2016, se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca, el Acuerdo General por el que se Establece el Sistema de Control Interno en la Administración Pública Estatal como parte de las acciones instrumentadas en el Estado de Oaxaca, para estandarizar bajo criterios de simplificación administrativa, las disposiciones, políticas o estrategias, acciones o criterios y los procedimientos internos que en materia de control interno, se deberán observar en el ámbito de la Administración Pública Estatal y se regula la implementación del modelo estándar de Control Interno, la metodología general de administración de riesgos y el funcionamiento del Comité de Control Interno, fortaleciendo la cultura del autocontrol y la autoevaluación, así como el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones como un medio para contribuir a lograr las metas y objetivos de cada institución.

Durante la quinta reunión plenaria del Sistema Nacional de Fiscalización celebrada en 2014, se publicó el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MICI), basado en el Marco COSO 2013, y posteriormente el 05 de agosto de 2017, se presentó una adaptación del mismo el cual lleva por nombre Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca (MEMICI), que funge como 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). El cual se encuentra diseñado como un modelo de Control Interno que puede ser adoptado y adaptado por las instituciones de la Administración Pública Estatal.

Con la entrada en vigor del Sistema Nacional Anticorrupción, se conforma el Comité Coordinador. Esta instancia coordinadora, tiene entre sus principales responsabilidades, el diseño y promoción de políticas integrales en materia de fiscalización y control de los recursos públicos, de prevención, control y disuasión de faltas administrativas y hechos de corrupción, en especial sobre las causas que los generan, así como el establecimiento de bases y principios para la efectiva coordinación de las autoridades en materia de fiscalización y control de los recursos públicos.

Referencias normativas y bibliográficas

- Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción (Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2005).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917).
- Marco Integrado de Control Interno (Publicado por la Auditoria Superior de la Federación en 2014).
- Acuerdo por el que se Emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Material de Control Interno (Publicado en el Diario Oficial del 03 de noviembre del 2016).
- Guía de Autoevaluación de Riesgos en el Sector Público (Publicado por la Auditoria Superior de la Federación en 2016).
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca (Publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 04 de abril de 1922).
- Reglamento Interno de la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental (Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca el 02 de enero del 2018. Última reforma publicada el 25 de enero del 2018).
- Acuerdo por el que se emite el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca (Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 05 de agosto del 2017).
- Acuerdo por el que se emite las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal (Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 08 de junio del 2019).
- Ley Orgánica de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca (Publicada el 1 de marzo de 1988).
- Reglamento de la Ley Orgánica de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca (En vigor a partir del 6 de octubre de 1960).

Glosario

Acción (es) de control: Las actividades determinadas e implantadas por los titulares de las Unidades Académicas y Administrativas y demás Servidores Públicos Universitarios para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información y comunicaciones.

Acción (es) de mejora: Las actividades determinadas e implantadas por los titulares y demás funcionarios universitarios 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 SCI.

Administración: Los Servidores Públicos Universitarios de mandos superiores y medios.

Administración Central: Está conformada por el Rector, los titulares de las Secretarias, el Abogado General y el Contralor General.

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.

Área (s) de oportunidad: La situación favorable en el entorno universitario, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

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.

Cédula de problemáticas o situaciones críticas: Documento elaborado por el Secretario del Comité a sugerencia de los miembros o invitados, considerando, en su caso, la información que proporcionen las Unidades Académicas y/o Administrativas, cuando existan o se anticipen posibles incumplimientos normativos y/o variaciones en programas presupuestarios o en cualquier otro tema vinculado al desempeño institucional, derivado de los cambios en el entorno interno o externo de la Universidad, con el fin de identificar riesgos que no estén incluidos en la matriz de administración de riesgos institucional o bien debilidades de control interno adicionales a las obtenidas en la evaluación del control interno, que deban ser incorporadas y atendidas con acciones de mejora en el PTCI o en el PTAR.

Comité y/o COCOI: Comité de Control Interno.

Comités Institucionales: Corresponde a todos los comités creados al interior de la UABJO.

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.

Contralor General: Titular del Órgano Interno de Control en la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca.

Contraloría General: Órgano Interno de Control de la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca.

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.

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.

Control Interno: El proceso efectuado por el Rector, el Contralor General, la Administración y los demás Servidores Públicos Universitarios, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos de la Universidad, así como para prevenir actos contrarios a la integridad.

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.

Comunidad Universitaria: Está formada por profesores, estudiantes y personal de administración y servicios de la UABJO.

Debilidad (es) de control interno: La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el SCI, 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.

Director de Auditoría: Es el titular de la Dirección de Auditoría Administrativa, Contable y Financiera de la Contraloría General.

Disposiciones: Las disposiciones en materia de control interno y el manual administrativo de aplicación general en materia de control interno.

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

Eficacia: El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad.

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

Elementos de control: Los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir la Universidad en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable.

Evaluación del Sistema de Control Interno: El proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen las normas generales de Control Interno y sus principios, así como los

elementos de control del SCI en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del Control Interno en sus respectivas categorías.

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

Gestión de riesgos de corrupción: Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses de la Universidad, 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 o trabajador universitario, 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.

Impacto o efecto: Las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo.

Informe anual: Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.

Informe de resultados del Contralor General: Documento derivado de la evaluación del informe anual.

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.

Manual de organización: Es un documento formal que la Universidad elabora para plasmar esencialmente la estructura organizacional, la descripción de las funciones de todos los puestos, la descripción de cada perfil de puesto y los indicadores de evaluación.

Manual de procesos: También conocido como manual de procedimientos, es aquel que permite que la Universidad funcione de manera correcta, debido a que es donde se establecen los lineamientos, políticas, normas, reglamentos, sanciones y todo aquello concerniente a la gestión de la Institución.

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.

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.

MICI y/o Marco Integrado de Control Interno: Documento desarrollado por el grupo de trabajo de Control Interno del Sistema Nacional de Fiscalización, aplicable a los tres órdenes de gobierno y organismo autónomos del Estado mexicano, publicado en los sitios de internet del Sistema Nacional de Fiscalización y de la Auditoría Superior de la Federación.

MIR y/o Matriz de Indicadores de 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 Nacional de Desarrollo, sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos de la Universidad.

Mejora continua: Al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno Institucional; 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.

Modelo Estándar de Control Interno: Al conjunto de normas generales de control interno y sus principios y elementos de control, los niveles de responsabilidad de control interno, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al Sistema de Control Interno Institucional.

Objetivos institucionales: Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan de Desarrollo Institucional.

Órganos fiscalizadores: Contraloría General de la UABJO, Auditoría Superior de la Federación, Secretaría de la Función Pública y Órgano Superior de Fiscalización del Estado de Oaxaca.

PID: Plan Institucional de Desarrollo de la UABJO.

Procesos adjetivos: Son aquellos que establecen la dirección, planificación, control y evaluación, para asegurar una administración funcional y ágil en beneficio de la formación académica de los estudiantes y en congruencia con los lineamientos del Plan Institucional de Desarrollo.

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

Procesos sustantivos: Son aquellos que están directamente relacionados con la formación de los estudiantes.

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

PTAR: Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

PTCI: Programa de Trabajo de Control Interno.

Rector: Máxima autoridad ejecutiva existente en la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca. Es quien se encarga de dirigirla, representarla y presidir el Consejo Universitario.

Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos: Es un documento determinado con la matriz de administración de riesgos del ejercicio inmediato anterior.

Reporte de Avance trimestral del PTCI: Documento generado entre el coordinador de control interno, el auditor de control interno y las unidades académicas y administrativas.

Reporte de Avance trimestral del PTAR: Documento generado entre el coordinador de control interno, el auditor de administración de riesgos y las unidades académicas y administrativas.

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.

Riesgo (s) de corrupción: La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de la Universidad, 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 o trabajador universitario, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas.

SCI: Sistema de Control Interno.

Secretario del Comité: Corresponderá al Coordinador de Control Interno que será el Enlace con el Comité de Control Interno.

Seguridad razonable: El alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la Institución serán alcanzados.

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

Servicios Tercerizados: Se realiza cuando la Universidad contrata a un tercero para que preste un servicio que, en principio podría realizar por sí misma; pero le resulta un riesgo o costo mayor.

Servidor Público Universitario: Toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca.

Sistema de Control Interno o SCI: El conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por la Universidad 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.

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.

Sistema Informático de Control Interno de la Universidad: La herramienta electrónica implementada por la Institución para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones.

TIC's: Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

UABJO: Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca.

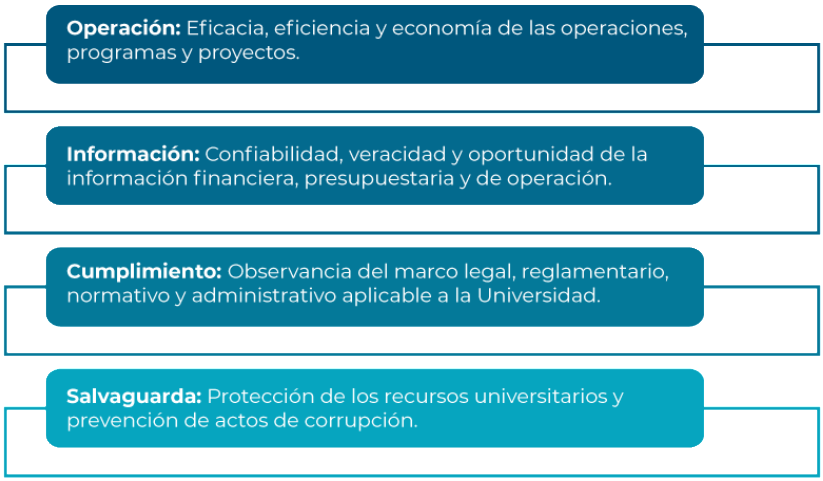
Unidades Académicas: Corresponde a las Escuelas, Facultades e Institutos de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca.

Unidades Administrativas: Corresponde a las Secretarías, Abogado General, Contraloría General, Direcciones, Departamentos, Oficinas y Coordinaciones Técnicas de apoyo de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca.

Capítulo I. Modelo de Control Interno

1.1 Categorías del objetivo del Control Interno

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



1.1.1. Objetivos de operación

Contribuyen a la definición de los procesos y operaciones de la Universidad, propician la claridad en la definición de las operaciones, su control y su trazabilidad, que permita a su vez, conocer cada una de las etapas del proceso, así como los actores que intervienen y sus niveles de responsabilidad. La base de estos objetivos consiste en la elaboración, actualización y publicación del Manual de Procedimientos y el Manual de Organización de la Universidad.

La elaboración y formalización de ambos documentos contribuye a minimizar conflictos en las operaciones internas, delimita niveles de responsabilidad, contribuye a la división eficiente de las operaciones, aumenta la productividad individual y organizacional; además de establecer las bases para implantar otros sistemas organizacionales.

1.1.2. Objetivos de información

Contribuyen a que la información que se genera de los procesos cumpla con los requisitos necesarios para considerarse confiable, es decir, debe ser veraz, objetiva, verificable, oportuna y suficiente. La información es relevante cuando influye en la toma de decisiones y posibilita la predicción y confirmación en diferentes momentos de un mismo proceso, ya que, sin previo conocimiento del pasado, no es posible la proyección ni la confirmación de las estimaciones. La información confiable agiliza las operaciones y mejora la gestión interna de una institución.

El valor real de la información depende de cómo es gestionada, del tiempo que se emplea en procesarla y traducirla, y de en qué medida se utiliza eficientemente. El verdadero reto es saber distinguir entre toda la información disponible; qué información en realidad es útil, veraz y confiable para así facilitar y mejorar la toma de decisiones, generar una buena comunicación interna y externa y un mejor rendimiento de la Universidad.

1.1.3. Objetivos de cumplimiento

En el marco del Sistema Nacional Anticorrupción, todos los entes públicos están obligados a crear y mantener condiciones estructurales y normativas que permitan el adecuado funcionamiento del Estado en su conjunto, y la actuación ética y responsable de cada servidor público, por ello es necesario impulsar, fomentar y difundir las acciones que aseguren el comportamiento y actuación de los Servidores Públicos Universitarios, con la finalidad de regir su conducta.

Los objetivos de cumplimiento contribuyen al desempeño de los Servidores Públicos Universitarios conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, y propician el conocimiento y cumplimiento de las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones.

1.1.4. Objetivos de salvaguarda

Contribuyen al actuar de los Servidores Públicos Universitarios en el marco de los principios rectores del Sistema Nacional Anticorrupción, es decir, con legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, eficacia, equidad, transparencia, economía, integridad y competencia por mérito. Con el objetivo de propiciar la prevención de hechos de corrupción y la salva guarda de los recursos de la Universidad.

1.2 Niveles de Control Interno

El Sistema de Control Interno se divide en tres niveles para efectos de su implementación y actualización:



1.2.1. Nivel estratégico

Tiene como propósito el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales, y corresponde a los Servidores Públicos Universitarios que se encuentren en el primer y segundo nivel jerárquico.

1.2.2. Nivel directivo

Tiene como finalidad conducir adecuadamente la operación de los procesos y programas, así como asegurar el cumplimiento de los componentes de Control Interno, y corresponde a los Servidores Públicos Universitarios que se encuentren en el tercer y cuarto nivel jerárquico.

1.2.3. Nivel operativo

Tiene como objetivo que las acciones y tareas requeridas en los distintos procesos se ejecuten de manera efectiva, por lo que debe asegurar el cumplimiento de los elementos de Control Interno. Este nivel corresponde a los Servidores Públicos Universitarios que se encuentren en el quinto nivel y subsecuentes de acuerdo al organigrama de la institución.

Independientemente del nivel jerárquico, dentro del Sistema de Control Interno, todos los Servidores Públicos Universitarios son responsables de:

- Establecerlo y mantenerlo actualizado.
- Supervisar y autoevaluar periódicamente su funcionamiento.
- Proponer acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas.
- Informar a su superior inmediato las debilidades de control interno detectadas, conjuntamente con la propuesta de las acciones de mejora correspondientes.

1.3 Componentes del Control Interno

En el modelo estándar de Control Interno publicado por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway en 1992 y su actualización en 2013, se observan cinco componentes, con el fin de que el Sistema de Control Interno sea eficiente y contribuya a alcanzar los objetivos y metas institucionales; adiciona principios en cada componente que fortalecen su alcance y los beneficios que se espera de su observancia.

Los cinco componentes del Control Interno están interrelacionados, y derivan de la forma cómo la administración gestione las operaciones, pues están integrados a los procesos administrativos y se relacionan con las oportunidades, fortalezas, amenazas y debilidades particulares de la realidad de la institución.



Son muchos los beneficios que derivan de la implementación del Control Interno a través de sus componentes y puntos de interés, por ejemplo:

- Mejora la transparencia, eficacia y eficiencia en las operaciones sustantivas.
- Facilita y mejora la toma de decisiones bajo incertidumbre.
- Robustece la planeación y programación eficiente de las operaciones y recursos disponibles para maximizar los resultados a obtener.
- Propicia la mejora continua de la institución a través de la evaluación y control de las operaciones.
- Permite mejorar el clima organizacional y las condiciones de trabajo para el personal operativo.
- Contribuye al autocontrol y liderazgo de la autoridad.

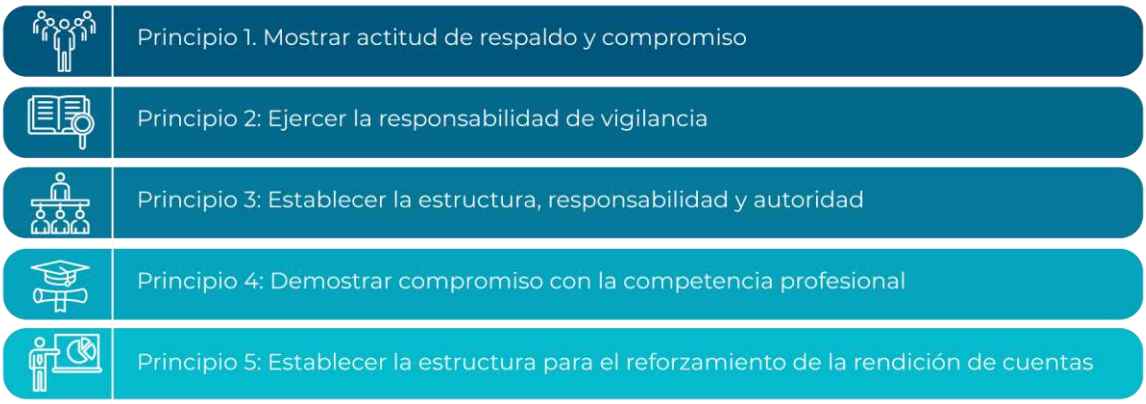
Existe una relación directa entre los objetivos de la institución, los cinco componentes de Control Interno (con sus principios y puntos de interés) y la estructura organizacional. Los objetivos son los fines que debe alcanzar la institución, con base en su propósito, mandato y disposiciones jurídicas aplicables. Y los cinco componentes de Control Interno son los requisitos necesarios que debe cumplir una institución para alcanzar sus objetivos institucionales. La estructura organizacional abarca a todas las Unidades Académicas y Administrativas, los procesos, atribuciones, funciones y todas las estructuras que la institución establece para alcanzar sus objetivos.

El Marco Integrado de Control Interno presenta dicha relación en la forma de un cubo. Las tres categorías en las que se pueden clasificar los objetivos de la institución son representadas por las columnas en la parte superior del cubo. Los cinco componentes de Control Interno son representados por las filas. La estructura organizacional es representada por la tercera dimensión del cubo. Lo anterior representa la interrelación de cada componente de Control Interno con las tres categorías de objetivos en función de la estructura orgánica.



1.3.1. Ambiente de control

Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un Sistema de Control Interno eficaz e influye en la definición de los objetivos y de las actividades de control. Para la aplicación de esta norma, el Rector, el Contralor General y la Administración, deberán establecer y mantener un ambiente de control en toda la Universidad, que implique una actitud de respaldo hacia el Control Interno, así como vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistemática las acciones que permitan el cumplimiento de los siguientes principios y elementos de control:



1.3.1.1 Principio 1. Mostrar actitud de respaldo y compromiso

El Rector, el Contralor General y la Administración deben tener una actitud de compromiso en lo general con la integridad, que sea congruente con los valores éticos de la Universidad, mostrando una actitud de

compromiso y apoyo hacia las Normas Generales de Control Interno, la rendición de cuentas, la transparencia y la prevención de las irregularidades administrativas y la corrupción.

Actitud de respaldo del Rector, el Contralor General y la Administración

1.3.1.1.1 El Rector, el Contralor General y la Administración, deben fomentar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.

1.3.1.1.2 El Rector, el Contralor General y la Administración, deben promover a través de programas y actividades, los valores de la Universidad.

1.3.1.1.3 El actuar del Rector, el Contralor General y la Administración deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los Servidores Públicos Universitarios.

1.3.1.1.4 La actitud de respaldo del Rector, el Contralor General y la Administración debe impulsar el Control Interno.

Normas de conducta

1.3.1.1.5 El Contralor General, debe definir las expectativas que guarda la comunidad universitaria respecto del cumplimiento de los valores éticos y las normas de conducta.

1.3.1.1.6 El Contralor General, debe establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y las normas de conducta.

Apego a las normas de conducta

1.3.1.1.7 La Administración Central, debe establecer procesos para evaluar el desempeño de los Servidores Públicos Universitarios frente a las normas de conducta de la Universidad y atender oportunamente cualquier desviación identificada.

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

1.3.1.1.9 La Administración Central debe determinar el nivel de tolerancia para las desviaciones. Puede establecer un nivel de tolerancia cero para el incumplimiento de ciertas normas de conducta, mientras que el incumplimiento de otras puede atenderse mediante advertencias a los Servidores Públicos Universitarios, siempre atendiendo el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna, consistente y aplicando las leyes y reglamentos correspondientes.

Lineamientos de promoción de la integridad y prevención de la corrupción

1.3.1.1.10 La Administración Central debe articular los lineamientos institucionales de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de la comunidad universitaria; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de una línea ética o mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a los códigos de ética y de

conducta; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en la Universidad, como parte del componente de administración de riesgos.

Cumplimiento, supervisión y actualización continua de los lineamientos de promoción de la integridad y prevención de la corrupción

1.3.1.1.11 La Administración Central debe asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada de los lineamientos institucionales de promoción de la integridad, medir si es suficiente y eficaz, y corregir sus deficiencias con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas a que esté sujeta.

1.3.1.2 Principio 2: Ejercer la responsabilidad de vigilancia

El Contralor General es responsable de vigilar el funcionamiento del Control Interno:

Estructura de vigilancia

1.3.1.2.1 El Contralor General es responsable de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características de la Universidad.

Responsabilidades del Contralor General

1.3.1.2.2 El Contralor General debe vigilar las operaciones de la Universidad y dar seguimiento al Control Interno para asegurar el logro de los objetivos Institucionales en congruencia con los lineamientos de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

1.3.1.2.3 El Contralor General debe asegurar la comprensión de los objetivos de la Universidad, sus riesgos asociados y las expectativas de la comunidad universitaria.

1.3.1.2.4 El Contralor General debe demostrar idoneidad requerida para vigilar, deliberar y evaluar el Control Interno de la Institución.

Vigilancia de los componentes del Control Interno

1.3.1.2.5 El Contralor General debe vigilar de manera general, el diseño, implementación y operación del Control Interno. En este sentido, las responsabilidades respecto del Control Interno son, entre otras, las siguientes:

Ambiente de Control

1.3.1.2.5.1 Establecer y promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, así como la estructura de vigilancia, desarrollar expectativas de competencia profesional y mantener la rendición de cuentas.

Administración de Riesgos

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

Actividades de Control

1.3.1.2.5.3 Vigilar a la Administración en el desarrollo y ejecución de las actividades de control.

Información y Comunicación

1.3.1.2.5.4 Analizar y discutir la información relativa al logro de las metas y objetivos institucionales.

Supervisión

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

Corrección de deficiencias

1.3.1.2.6 El Contralor General debe proporcionar información a la Administración para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el Control Interno.

1.3.1.2.7 La Administración debe informar al Contralor General sobre aquellas deficiencias en el Control Interno identificadas.

1.3.1.2.8 El Contralor General es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

1.3.1.3 Principio 3: Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad

El Contralor General debe autorizar, con apoyo de la Administración Central y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservar la integridad y rendir cuentas de los resultados alcanzados:

Estructura organizacional

1.3.1.3.1 El Contralor General debe instruir a las Unidades Académicas y Administrativas, el establecimiento de la estructura organizacional necesaria para permitir la planeación, ejecución, control y evaluación de la Universidad en la consecución de sus objetivos.

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

1.3.1.3.3 Como parte del establecimiento de una estructura organizacional actualizada, la Administración Central debe considerar el modo en que la Unidades Académicas y Administrativas interactúan a fin de cumplir con sus responsabilidades.

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

Asignación de responsabilidad y delegación de autoridad

1.3.1.3.5 Para alcanzar los objetivos institucionales, el Rector debe asignar responsabilidad y delegar autoridad a los puestos clave a lo largo de la Universidad.

1.3.1.3.6 La Administración Central debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada Unidad Académica y Administrativa, debe determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas y debe establecer dichos puestos.

1.3.1.3.7 El Rector debe determinar qué nivel de autoridad necesitan los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.

Documentación y formalización del Control Interno

1.3.1.3.8 La Administración debe desarrollar y actualizar la documentación y formalización de su Control Interno.

1.3.1.3.9 La documentación y formalización efectiva del Control Interno apoya a la Administración en el diseño, implementación, operación y actualización de éste, al establecer y comunicar al personal el cómo, qué, cuándo, dónde y por qué del mismo.

1.3.1.3.10 La Administración debe documentar y formalizar el Control Interno para satisfacer las necesidades operativas de la Universidad. La documentación de controles, incluidos los cambios realizados a éstos, es evidencia de que las actividades de control son identificadas, comunicadas a los responsables de su funcionamiento y que pueden ser supervisadas y evaluadas por la Institución.

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

1.3.1.4 Principio 4: Demostrar compromiso con la competencia profesional

La Secretaría Administrativa a través de la Dirección de Recursos Humanos es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo:

Expectativas de competencia profesional

1.3.1.4.1 La Secretaría Administrativa a través de la Dirección de Recursos Humanos debe establecer expectativas de competencia profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar a la Institución a lograr sus objetivos.

1.3.1.4.2 La Secretaría Administrativa a través de la Dirección de Recursos Humanos debe considerar los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada al

establecer expectativas de competencia profesional para los puestos clave y para todo el personal, a través de políticas al interior del Sistema de Control Interno.

1.3.1.4.3 Los Servidores Públicos Universitarios deben poseer y mantener un nivel de competencia profesional que les permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia y eficacia del Control Interno. La Secretaría Administrativa a través de la Dirección de Recursos Humanos debe evaluar la competencia profesional de los Servidores Públicos Universitarios.

Atracción, desarrollo y retención de profesionales

1.3.1.4.4 La Secretaría Administrativa a través de la Dirección de Recursos Humanos debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos de la Universidad. Por lo tanto, debe seleccionar y contratar, capacitar, proveer orientación en el desempeño, motivación y reforzamiento del personal.

Planes y preparativos para la sucesión y contingencias

1.3.1.4.5 La Secretaría Administrativa a través de la Dirección de Recursos Humanos debe definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos.

1.3.1.4.6 La Secretaría Administrativa a través de la Dirección de Recursos Humanos debe seleccionar y capacitar a los candidatos que asumirán los puestos clave.

1.3.1.4.7 La Secretaría Administrativa a través de la Dirección de Recursos Humanos debe definir los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación.

1.3.1.5 Principio 5: Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas

El Contralor General debe evaluar el desempeño del Control Interno en la Universidad y hacer responsable a todos los Servidores Públicos Universitarios por sus obligaciones específicas en el Sistema de Control Interno:

Establecimiento de la estructura para responsabilizar al personal por sus obligaciones de Control Interno

1.3.1.5.1 La Administración Central debe establecer y mantener una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones específicas en materia de Control Interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. El Contralor General debe evaluar y responsabilizar al Servidor Público Universitario por el desempeño de sus funciones en esta materia.

1.3.1.5.2 La Administración Central debe responsabilizar a los proveedores de bienes y servicios que contrate por las funciones de Control Interno relacionadas con las actividades tercerizadas que realicen.

1.3.1.5.3 La Administración Central, bajo la supervisión del Contralor General debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas.

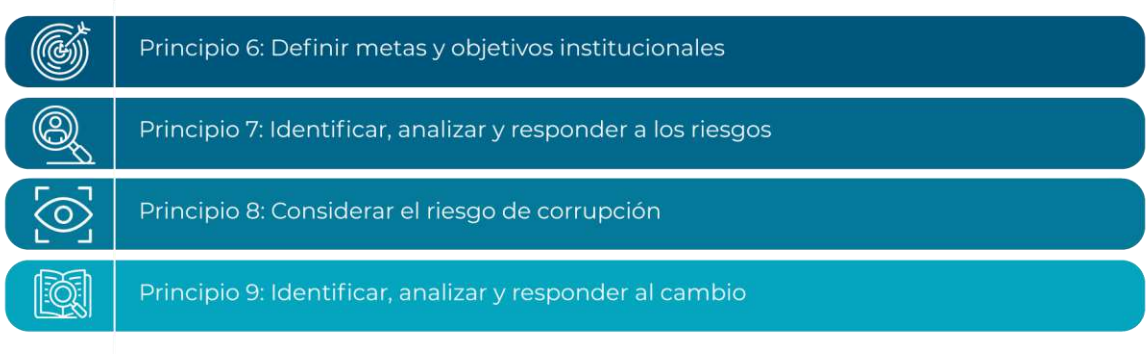
Consideración de las responsabilidades asignadas al personal

1.3.1.5.4 La Administración Central debe mantener el equilibrio entre la responsabilidad y autoridad asignadas a los Servidores Públicos Universitarios.

1.3.1.5.5 El Contralor General es responsable de evaluar la responsabilidad y autoridad asignada a los Servidores Públicos Universitarios para ayudarlos a cumplir con su responsabilidad asignada, en alineación con las normas de conducta y los principios éticos.

1.3.2. Administración de riesgos

Es el proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra la misión de la Universidad, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas. Para la aplicación de esta norma, el Rector, el Contralor General y las Unidades Académicas y Administrativas deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistemática, que permitan el cumplimiento de los siguientes principios y elementos de control:



1.3.2.1 Principio 6: Definir metas y objetivos institucionales

El Rector con el apoyo de la Administración Central, debe definir claramente las metas y objetivos, a través del Plan Institucional de Desarrollo que, de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación a los Planes Nacional y Estatal de Desarrollo:

Definición de objetivos

1.3.2.1.1 La Administración Central debe definir objetivos en términos específicos y medibles para permitir el diseño del Control Interno y sus riesgos asociados.

1.3.2.1.2 La Administración Central debe definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles de la Universidad. La definición de los objetivos debe realizarse en alineación con el mandato, la misión y visión de la Universidad, así como con las metas e indicadores de desempeño.

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

1.3.2.1.4 La Administración Central debe considerar los requerimientos externos e internos, así como las expectativas internas al definir los objetivos que permiten el diseño del Control Interno.

1.3.2.1.5 La Administración Central debe evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos e internos, así como las expectativas internas de la Universidad, alineadas con los Planes Nacional y Estatal de Desarrollo.

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

1.3.2.2 Principio 7: Identificar, analizar y responder a los riesgos

Las Unidades Académicas y Administrativas deben identificar riesgos en todos los procesos institucionales, analizar su relevancia y diseñar acciones suficientes para responder a éstos y asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados a los Servidores Públicos Universitarios, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas:

Identificación de riesgos

1.3.2.2.1 Las Unidades Académicas y Administrativas deben identificar riesgos para proporcionar una base que permita analizarlos y diseñar respuestas, así como determinar si están asociados con el Plan Institucional de Desarrollo, Planes Estratégicos de Desarrollo y Programas Operativos Anuales, y de conformidad con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

1.3.2.2.2 Para identificar riesgos, las Unidades Académicas y Administrativas deben considerar los tipos de eventos que impactan a la Universidad. Esto incluye tanto el riesgo inherente como el riesgo residual. El riesgo inherente es el riesgo que enfrenta la Institución cuando la Administración no responde ante el riesgo. El riesgo residual es el riesgo que permanece después de la respuesta de la Administración al riesgo inherente. La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos puede causar deficiencias graves en el Control Interno.

1.3.2.2.3 Las Unidades Académicas y Administrativas deben considerar todas las interacciones significativas dentro de la Universidad y con las partes externas, cambios y otros factores tanto internos como externos, para identificar riesgos en toda la Universidad.

Análisis de riesgos

1.3.2.2.4 Las Unidades Académicas y Administrativas deben analizar los riesgos identificados para estimar su relevancia, lo cual provee la base para responder a éstos. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos.

1.3.2.2.5 Las Unidades Académicas y Administrativas deben estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel Institución como a nivel transacción. Deben estimar la importancia de los riesgos identificados considerando la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza de los mismos.

1.3.2.2.6 Los riesgos pueden ser analizados sobre bases individuales o agrupadas dentro de categorías de riesgos asociados, los cuales deben ser analizados de manera colectiva. Las Unidades Académicas y Administrativas deben considerar la correlación entre los distintos riesgos o grupos de riesgos al estimar su relevancia.

Respuesta a los riesgos

1.3.2.2.7 Las Unidades Académicas y Administrativas deben diseñar respuestas a los riesgos analizados de tal modo que éstos se encuentren debidamente controlados para asegurar razonablemente el cumplimiento de sus objetivos.

1.3.2.2.8 Con base en la respuesta al riesgo seleccionada, las Unidades Académicas y Administrativas deben diseñar acciones específicas de atención, como un Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, el cual proveerá mayor garantía de que la Universidad alcanzará sus objetivos.

1.3.2.2.9 Las Unidades Académicas y Administrativas deben efectuar evaluaciones periódicas de riesgos con el fin de asegurar la efectividad de las acciones de control propuestas para mitigarlos.

1.3.2.3 Principio 8: Considerar el riesgo de corrupción

Las Unidades Académicas y Administrativas deben considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos de la Universidad al identificar, analizar y responder a los riesgos asociados, principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos:

Tipos de corrupción

1.3.2.3.1 Las Unidades Académicas y Administrativas deben considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la Universidad, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. Entre los tipos de corrupción más comunes se encuentran:

1.3.2.3.1.1 **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. Esto podría incluir la alteración intencional de los registros contables, la tergiversación de las transacciones o la aplicación indebida y deliberada de los principios y disposiciones de contabilidad gubernamental.

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

1.3.2.3.1.3 **Conflicto de interés**. Cuando los intereses personales, familiares o de negocios de un Servidor Público Universitario puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, comisiones o funciones.

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

1.3.2.3.1.5 Pretensión del Servidor Público Universitario de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la Universidad le otorga por el desempeño de su función.

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

1.3.2.3.1.7 **Aprovechamiento del cargo o comisión** del Servidor Público Universitario para inducir a que otro Servidor Público Universitario 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.

1.3.2.3.1.8 Colusión con otros Servidores Públicos Universitarios o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.

1.3.2.3.1.9 Intimidación del Servidor Público Universitario, o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.

1.3.2.3.1.10 **Tráfico de influencias**. Consistente en que el Servidor Público Universitario utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otro Servidor Público Universitario 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 Universitario o las personas antes referidas formen parte.

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

1.3.2.3.1.12 **Peculado**. Cuando el Servidor Público Universitario 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 Universitario o las personas antes referidas formen parte, de recursos de la Universidad, sean materiales, humanos o financieros, sin fundamento jurídico o en contraposición a las normas aplicables.

1.3.2.3.2 Además de la corrupción, las Unidades Académicas y Administrativas deben considerar que pueden ocurrir otras transgresiones a la integridad, por ejemplo: el desperdicio de recursos de manera exagerada, extravagante o sin propósito; o el abuso de autoridad; o el uso del cargo para la obtención de un beneficio ilícito para sí o para un tercero.

Factores de riesgo de corrupción

1.3.2.3.3 Las Unidades Académicas y Administrativas deben considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren.

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

Respuesta a los riesgos de corrupción

1.3.2.3.5 Las Unidades Académicas y Administrativas deben analizar y responder a los riesgos de corrupción, a fin de que sean efectivamente mitigados. Estos riesgos deben ser analizados por su relevancia, tanto individual como en su conjunto, mediante el mismo proceso de análisis de riesgos efectuado para todos los demás riesgos identificados.

1.3.2.3.6 Las Unidades Académicas y Administrativas deben responder a los riesgos de corrupción, mediante el mismo proceso de respuesta general y acciones específicas para atender todos los riesgos institucionales analizados. Esto posibilita la implementación de controles anti-corrupción en la Institución. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre Servidores Públicos Universitarios para mejorar la segregación de funciones.

1.3.2.4 Principio 9: Identificar, analizar y responder al cambio

Las Unidades Académicas y Administrativas deben identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el Control Interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y/o surgir nuevos riesgos.

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

Los cambios externos refieren al entorno gubernamental, económico, de mercado, tecnológico, legal, regulatorio y físico. Los cambios significativos identificados deben ser comunicados a los Servidores Públicos Universitarios adecuados mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.

Identificación del cambio

1.3.2.4.1 En la administración de riesgos las Unidades Académicas y Administrativas deben identificar cambios que puedan impactar significativamente al Control Interno. La identificación, análisis y respuesta al cambio es parte del proceso regular de administración de riesgos.

1.3.2.4.2 Las Unidades Académicas y Administrativas deben prevenir y planear acciones ante cambios significativos en las condiciones internas (modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología) y externas (cambios en los entornos gubernamentales, económicos, de mercado, tecnológicos, legales, regulatorios y físicos).

Análisis y respuesta al cambio

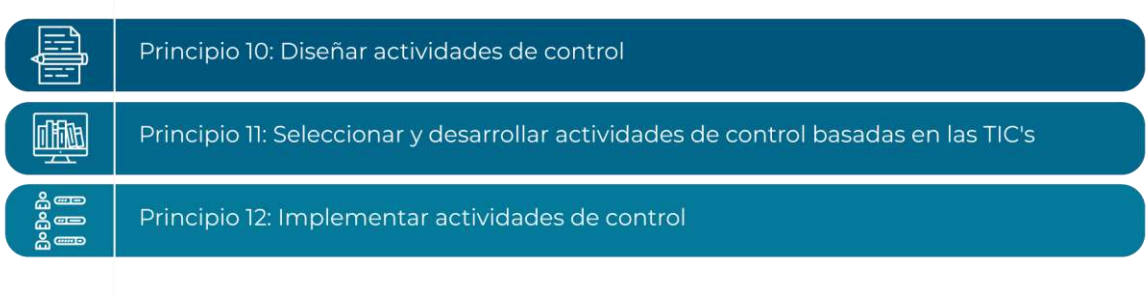
1.3.2.4.3 Las Unidades Académicas y Administrativas deben analizar y responder a los cambios identificados y a los riesgos asociados con éstos, con el propósito de mantener un Control Interno apropiado.

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

1.3.3. Actividades de control

Son las acciones que define y desarrolla las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General mediante políticas, procedimientos y tecnologías de la información con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción. Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la Universidad, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

En todos los niveles de la Universidad existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todos los Servidores Públicos Universitarios conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto. Para la aplicación de esta norma, el Contralor General deberá vigilar la implementación y operación de manera sistemática de las acciones que permitan el cumplimiento de los siguientes principios y elementos de control:



1.3.3.1 Principio 10: Diseñar actividades de control

Las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer

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

Respuesta a los objetivos y riesgos

1.3.3.1.1 Las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un Control Interno eficaz y apropiado.

Diseño de actividades de control apropiadas

1.3.3.1.2 Las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del Control Interno, las cuales son fundamentales para que la Institución cumpla con sus responsabilidades y enfrente apropiadamente los riesgos identificados en la ejecución de los procesos.

A continuación, se presentan de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que son fundamentales para la Universidad:

1.3.3.1.2.1 Revisiones del desempeño a nivel función o actividad.

1.3.3.1.2.2 Administración del capital humano.

1.3.3.1.2.3 Controles sobre el procesamiento de la información.

1.3.3.1.2.4 Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.

1.3.3.1.2.5 Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño.

1.3.3.1.2.6 Segregación de funciones y responsabilidades.

1.3.3.1.2.7 Ejecución apropiada de transacciones.

1.3.3.1.2.8 Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.

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

1.3.3.1.2.10 Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el Control Interno.

1.3.3.1.3 Las actividades de control pueden ser preventivas, detectivas o correctivas. Las primeras tienen 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; las segundas operan en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado; y las terceras operan en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones.

1.3.3.1.4 Las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben evaluar el propósito de las actividades de control, así como el efecto que una deficiencia tiene en el logro de los objetivos institucionales. Si tales actividades cumplen un propósito significativo o el efecto de una deficiencia en el control sería relevante para el logro de los objetivos.

1.3.3.1.5 Las actividades de control deben implementarse ya sea de forma automatizada o manual, considerando que las automatizadas tienden a ser más confiables, ya que son menos susceptibles a errores humanos y suelen ser más eficientes. Ya que muchas de las operaciones en la Universidad descansan en tecnologías de información, las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben diseñar actividades de control para asegurar que dichas tecnologías se mantienen funcionando correctamente y son apropiadas para el tamaño, características y mandato de la Universidad.

Diseño de actividades de control en varios niveles

1.3.3.1.6 Las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.

1.3.3.1.7 Las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos y los riesgos en las operaciones, así como a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la Universidad cumpla con sus objetivos y administre los riesgos relacionados.

1.3.3.1.8 Los controles a nivel Institucional tienen un efecto generalizado en el Control Interno y pueden relacionarse con más de uno de los componentes del Control Interno.

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

1.3.3.1.10 Al elegir entre actividades de control a nivel Universidad o de procesos, las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben evaluar el nivel de precisión necesario para que la Universidad cumpla con sus objetivos y enfrente los riesgos relacionados, considerando el propósito de las actividades de control, su nivel de segregación, la regularidad del control y su correlación directa con los procesos operativos pertinentes.

Segregación de funciones

1.3.3.1.11 Las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben considerar la segregación de funciones en el diseño de las responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean segregadas y, cuando dicha segregación no sea práctica, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.

1.3.3.1.12 La segregación de funciones contribuye a prevenir la corrupción. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades,

incompatibles entre sí, las realiza un solo Servidor Público Universitario, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al riesgo de colusión en el que dos o más Servidores Públicos Universitarios se confabulan para eludir los controles.

1.3.3.1.13 Si la segregación de funciones no es práctica para un proceso operativo, debido a personal limitado u otros factores, las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben diseñar actividades de control alternativas para enfrentar el riesgo de corrupción, desperdicio, ambientales o abuso en los procesos operativos.

1.3.3.2 Principio 11: Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC's

Se deben desarrollar actividades de control, que contribuyan a dar respuesta y reducir los riesgos identificados, basadas principalmente en el uso de las tecnologías de información y comunicaciones para apoyar el logro de metas y objetivos institucionales.

Desarrollo de los sistemas de información

1.3.3.2.1 Se deben desarrollar los sistemas de información de la Universidad de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.

1.3.3.2.2 Se deben desarrollar los sistemas de información para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos. Dichos sistemas contribuyen a alcanzar los objetivos institucionales y a responder a los riesgos asociados. Un sistema de información se integra por el personal, los procesos, los datos y la tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información de calidad.

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

1.3.3.2.3 Se deben desarrollar los sistemas de información y el uso de las TIC’s considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la Universidad. Las TIC’s permiten que la información relacionada con los procesos operativos esté disponible de la forma más oportuna y confiable para la Institución. Adicionalmente, las TIC’s pueden fortalecer el Control Interno sobre la seguridad y la confidencialidad de la información mediante una adecuada restricción de accesos. Aunque las TIC’s conllevan tipos específicos de actividades de control, no representan una consideración de control independiente, sino que son parte integral de la mayoría de las actividades de control.

1.3.3.2.4 Se deben evaluar los objetivos de procesamiento de información: integridad, exactitud y validez, para satisfacer las necesidades de información definidas.

Diseño de los tipos de actividades de control apropiadas

1.3.3.2.5 Se deben diseñar actividades de control apropiados en los sistemas de información para garantizar la cobertura de los objetivos de procesamiento de la información en los procesos operativos. En los sistemas de información, existen dos tipos principales de actividades de control: generales y de aplicación.

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

1.3.3.2.7 Los controles de aplicación, a veces llamados controles de procesos de operación, son los controles que se incorporan directamente en las aplicaciones informáticas para contribuir a asegurar la validez, integridad, exactitud y confidencialidad de las transacciones y los datos durante el proceso de las aplicaciones. Los controles de aplicación deben incluir las entradas, el procesamiento, las salidas, los archivos maestros, las interfaces y los controles para los sistemas de administración de datos, entre otros.

Diseño de las actividades de control sobre las TIC's

1.3.3.2.8 Se deben diseñar las actividades de control sobre las TIC's para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de TIC's. Las TIC's requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones, entre otros.

1.3.3.2.9 Se deben evaluar los objetivos de la Universidad y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre las TIC's.

1.3.3.2.10 Se debe mantener la evaluación de los cambios en el uso de las TIC's y diseñar nuevas actividades de control cuando estos cambios se incorporan en las TIC's. También se deben diseñar actividades de control necesarias para mantener el correcto funcionamiento de las TIC's. El mantenimiento de la tecnología debe incluir los procedimientos de respaldo y recuperación de la información, así como la continuidad de los planes de operación, en función de los riesgos y las consecuencias de una interrupción total o parcial de los sistemas de energía, entre otros.

Diseño de la administración de la seguridad

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

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

1.3.3.2.13 Se deben evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's tanto de fuentes internas como externas.

1.3.3.2.14 Se deben diseñar actividades de control para limitar el acceso de los usuarios a las TIC's a través de controles como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de usuarios.

Diseño de la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's

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

1.3.3.2.16 Al adquirir software se deben incorporar metodologías para esta acción y diseñar actividades de control sobre su selección, desarrollo continuo y mantenimiento. Las actividades de control sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.

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

1.3.3.3 Principio 12: Implementar actividades de control

Se deben poner en operación políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

Documentación y formalización de responsabilidades a través de políticas

1.3.3.3.1 Se debe documentar, a través de políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de Control Interno en la Universidad.

1.3.3.3.2 Se debe documentar mediante políticas para cada Unidad Académica y Administrativa, su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de sus riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la implementación de los controles y de su eficacia operativa.

1.3.3.3.3 Las Unidades Académicas y Administrativas en coordinación con la Contraloría General deben definir con mayor precisión las políticas a través de los procedimientos del día a día, considerando la frecuencia del cambio en el entorno y la complejidad del proceso operativo.

1.3.3.3.4 La Contraloría General debe comunicar a los Servidores Públicos Universitarios las políticas y procedimientos para que ésta pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas.

Revisiones periódicas a las actividades de control

1.3.3.3.4 La Contraloría General debe revisar periódicamente las políticas, procedimientos y actividades de control asociadas para mantener la relevancia y eficacia en el logro de los objetivos y en el enfrentamiento de sus riesgos.

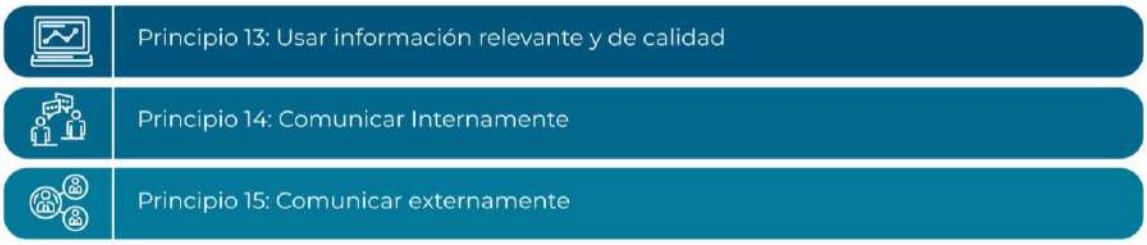
1.3.4. Información y comunicación

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

La información que los Servidores Públicos Universitarios generen, obtengan, utilicen y comuniquen para respaldar el sistema de Control Interno, debe cubrir los requisitos establecidos por la Administración Central, con la exactitud apropiada, así como con la especificidad requerida del personal pertinente.

Los sistemas de información y comunicación, deben diseñarse e instrumentarse bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento que permitan determinar si se están cumpliendo las metas y objetivos institucionales con el uso eficiente de los recursos. La Administración Central requiere tener acceso a información relevante y mecanismos de comunicación confiables, en relación con los eventos internos y externos que pueden afectar a la Institución.

Para la aplicación de esta norma, el Contralor General, deberá vigilar la implementación y operación de manera sistemática de las acciones que permitan el cumplimiento de los siguientes principios y elementos de control:



1.3.4.1 Principio 13: Usar información relevante y de calidad

La Administración Central debe implementar los medios necesarios para que las Unidades Académicas y Administrativas generen y utilicen información relevante y de calidad, que contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales y den soporte al Sistema de Control Interno.

Identificación de los requerimientos de información

1.3.4.1.1 La Administración Central debe diseñar un proceso que considere los objetivos institucionales y los riesgos asociados a éstos, para identificar los requerimientos de información necesarios para alcanzarlos y enfrentarlos, respectivamente. Estos requerimientos deben considerar las expectativas de los usuarios internos y externos de la información.

1.3.4.1.2 La Administración Central debe identificar los requerimientos de información en un proceso continuo que se desarrolla en todo el Control Interno. Conforme ocurre un cambio en la

Universidad, en sus objetivos y riesgos, la Administración Central debe modificar los requisitos de información según sea necesario para cumplir con los objetivos y hacer frente a los riesgos modificados.

Datos relevantes de fuentes confiables

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

Datos procesados en información de calidad

1.3.4.1.4 La Administración Central debe procesar los datos obtenidos y transformarlos en información de calidad que apoye al Control Interno.

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

1.3.4.2 Principio 14: Comunicar Internamente

La Administración Central es responsable de establecer mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.

Comunicación en toda la Universidad

1.3.4.2.1 Las Unidades Académicas y Administrativas deben comunicar información de calidad en toda la Universidad utilizando las líneas de reporte y autoridad establecidas. Tal información debe comunicarse hacia abajo, lateralmente y hacia arriba, mediante líneas de reporte, es decir, en todos los niveles de la Institución.

1.3.4.2.2 Las Unidades Académicas y Administrativas deben comunicar información de calidad hacia abajo y lateralmente a través de las líneas de reporte y autoridad para permitir que los Servidores Públicos Universitarios desempeñen funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al Control Interno.

1.3.4.2.3 La Administración Central debe recibir información de calidad sobre los procesos operativos de la Universidad, la cual fluye por las líneas de reporte y autoridad apropiadas para que los Servidores Públicos Universitarios apoyen en la consecución de los objetivos institucionales.

1.3.4.2.4 El Contralor General debe recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de las Unidades Académicas y Administrativas. La información relacionada con el Control Interno que es comunicada al Contralor General debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de Control Interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del Control Interno.

1.3.4.2.5 Cuando las líneas de reporte directas se vean comprometidas, los Servidores Públicos Universitarios utilizarán líneas separadas para comunicarse de manera ascendente.

Medios apropiados de comunicación

1.3.4.2.6 La Administración Central debe considerar una serie de factores apropiados para comunicarse internamente, entre los que se encuentran: la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo para comunicar la información, y los requisitos legales o reglamentarios.

1.3.4.2.7 La Administración Central debe seleccionar medios de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o en formato electrónico, audiencias o reuniones con el personal. Asimismo, debe evaluar periódicamente los medios de comunicación de la Universidad para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar internamente información de calidad de manera oportuna.

1.3.4.3 Principio 15: Comunicar externamente

La Administración Central es responsable de que las Unidades Académicas y Administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante.

Comunicación con partes externas

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

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

1.3.4.3.3 La Administración Central debe recibir información externa a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Administración Central debe incluir los asuntos significativos relativos a los riesgos, cambios o problemas que afectan al Control Interno. Esta comunicación es necesaria para el funcionamiento eficaz y apropiado del Control Interno.

1.3.4.3.4 El Rector debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. Por otra parte, la información comunicada al Contralor General debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas que impactan al Control Interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del Control Interno.

1.3.4.3.5 Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizarán líneas separadas para comunicarse con la Universidad. La Administración Central debe

informar a las partes externas sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información.

Medios apropiados de comunicación

1.3.4.3.6 La Administración Central debe considerar una serie de factores apropiados para comunicarse externamente, entre los que se encuentran: la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo para comunicar la información, y los requisitos legales o reglamentarios.

1.3.4.3.7 La Administración Central debe seleccionar medios de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o formato electrónico, o audiencias. Asimismo, debe evaluar periódicamente los medios de comunicación de la Universidad para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.

1.3.4.3.8 La Universidad debe informar sobre su desempeño a las instancias y autoridades que correspondan, de acuerdo con las disposiciones aplicables. Adicionalmente, deben rendir cuentas a la ciudadanía sobre su actuación y desempeño.

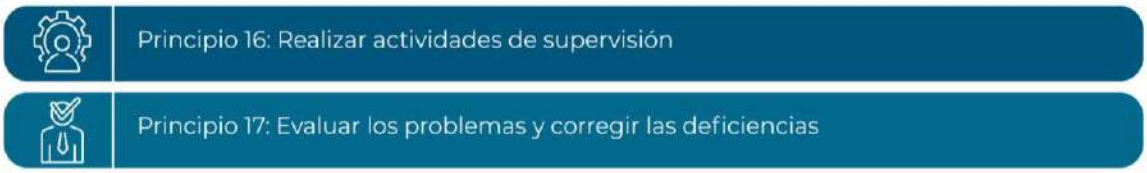
1.3.5. Supervisión y mejora continua del control institucional

Son las actividades establecidas con la finalidad de mejorar de manera continua al Control Interno, mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la Contraloría General, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías internas y externas, ya que proporcionan una supervisión adicional.

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

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

Para la aplicación de este componente, el Contralor General, deberá vigilar la implementación y operación de manera sistemática de las acciones que permitan el cumplimiento de los siguientes principios y elementos de control:



1.3.5.1 Principio 16: Realizar actividades de supervisión

La Contraloría General implementará actividades para la adecuada supervisión del Control Interno y la evaluación de sus resultados, por lo que deberá realizar una comparación del estado que guarda, contra el diseño establecido; efectuar autoevaluaciones y considerar las auditorías y evaluaciones de los auditores externos e instancias fiscalizadoras, sobre el diseño y eficacia operativa del Control Interno, documentando sus resultados para identificar las deficiencias y cambios que son necesarios aplicar al Control Interno, derivado de modificaciones en la Universidad y su entorno.

Establecimiento de bases de referencia

1.3.5.1.1 La Contraloría General debe establecer bases de referencia para supervisar el Control Interno, comparando su estado actual contra su diseño. Dichas bases representarán la diferencia entre los criterios de diseño del Control Interno y su estado en un punto específico en el tiempo, por lo que deberán revelar las debilidades y amenazas detectadas en el Control Interno de la Universidad.

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

Supervisión del Control Interno

1.3.5.1.3 La Contraloría General debe supervisar el Control Interno a través de autoevaluaciones y evaluaciones independientes. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones de la Universidad, se realizan continuamente y responden a los cambios. Las evaluaciones independientes se realizan periódicamente y pueden proporcionar información respecto de la eficacia e idoneidad de las autoevaluaciones.

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

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

1.3.5.1.6 Las evaluaciones independientes también incluyen auditorías y otras evaluaciones que pueden implicar la revisión del diseño de los controles y la implementación del Control Interno.

1.3.5.1.7 La Contraloría General conserva la responsabilidad de supervisar si el Control Interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los servicios tercerizados. También debe realizar evaluaciones internas, evaluaciones independientes o una combinación de ambas para obtener una seguridad razonable sobre la eficacia operativa de los controles internos sobre los procesos asignados a los servicios tercerizados.

Evaluación de resultados

1.3.5.1.8 La Contraloría General debe evaluar y documentar los resultados de las autoevaluaciones y de las evaluaciones independientes para identificar problemas en el Control Interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar si el Control Interno es eficaz y apropiado.

1.3.5.1.9 La Contraloría General debe identificar los cambios que han ocurrido en el Control Interno, derivados de modificaciones en la Universidad y en su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Contraloría General a identificar problemas en el Control Interno como son las quejas o denuncias de la Comunidad Universitaria y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos.

1.3.5.2 Principio 17: Evaluar los problemas y corregir las deficiencias

Todos los Servidores Públicos Universitarios deben comunicar las deficiencias y problemas de Control Interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas como al Contralor General, a través de las líneas de reporte establecidas; las Unidades Académicas y Administrativas son responsables de corregir las deficiencias de Control Interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por los responsables.

Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la Universidad.

Informe sobre problemas

1.3.5.2.1 Los Servidores Públicos Universitarios deben reportar los problemas de Control Interno detectados, mediante las líneas de reporte establecidas, para que las Unidades Académicas y Administrativas y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones.

1.3.5.2.2 Los Servidores Públicos Universitarios al identificar problemas de Control Interno en el desempeño de sus responsabilidades deben comunicar estas cuestiones internamente a los Servidores Públicos Universitarios responsables del Control Interno o proceso asociado y, cuando sea necesario, a otro de un nivel superior. Dependiendo de la naturaleza de los temas, puede considerar informar determinadas cuestiones al Contralor General.

1.3.5.2.3 En función de los requisitos legales o de cumplimiento, la Universidad debe informar de los problemas de Control Interno detectados a las instancias correspondientes, tales como legisladores, reguladores, organismos normativos y demás encargados de la emisión de criterios y disposiciones normativas a las que la Institución está sujeta en materia de Control Interno.

Evaluación de problemas

1.3.5.2.4 La Contraloría General debe evaluar y documentar los problemas de Control Interno y debe determinar las acciones correctivas apropiadas para hacer frente oportunamente a los problemas y deficiencias detectadas. Adicionalmente, debe asignar responsabilidades y delegar autoridad para la apropiada corrección de las deficiencias de Control Interno.

Acciones correctivas

1.3.5.2.5 La Contraloría General debe ejecutar y documentar de forma oportuna las acciones para corregir las deficiencias de Control Interno debiendo supervisar la pronta corrección de las deficiencias, comunicar las medidas correctivas al nivel apropiado de la estructura organizativa, y delegar a los Servidores Públicos Universitarios apropiados la autoridad y responsabilidad para realizar las acciones correctivas.

Capítulo II. Administración de Riesgos

2.1. Proceso de administración de riesgos

2.1.1 Inicio del proceso

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los titulares de todas las Unidades Académicas y Administrativas, el Contralor General, el Director de Auditoría, el Coordinador de Control Interno y el Auditor 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 (PTAR) del ejercicio siguiente, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

2.1.2 Etapas de la metodología

La metodología general de administración de riesgos aplicada en la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca se basa en los lineamientos establecidos por la Secretaría de la Función Pública y la Auditoría Superior de la Federación, de acuerdo a los documentos publicados que se indican en la sección de referencia normativa.

2.1.2.1 Identificar objetivos estratégicos

Se realizará conforme a lo siguiente:

2.1.2.1.1 Considerar el Plan Institucional de Desarrollo, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Universidad como los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos), así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos.

2.1.2.1.2 Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento.

2.1.2.1.3 Identificar los procesos susceptibles de corrupción. Lo anterior debe tener como propósito:

A. Establecer un contexto apropiado.

B. Asegurar que los objetivos, metas y procesos de la Universidad sean comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos.

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

D. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las Unidades Académicas y Administrativas de la Universidad para el adecuado análisis de los riesgos.

2.1.2.2 Contexto en el cual se materializan los riesgos

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

2.1.2.2.1 Describir el entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad de la Universidad, a nivel nacional y estatal.

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

2.1.2.2.3 Identificar, seleccionar y agrupar los enunciados definidos como supuestos en los procesos de la Universidad, a fin de contar con un conjunto sistemático de eventos adversos de realización incierta que tienen el potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este conjunto deberá utilizarse como referencia en la identificación y definición de los riesgos.

2.1.2.2.4 Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales.

2.1.2.3 Identificación de riesgos

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

Las técnicas que se podrán utilizar en la identificación de los riesgos son:

A. Talleres de auto-evaluación. Consisten en reuniones de Servidores Públicos Universitarios de diferentes niveles jerárquicos que desempeñan actividades clave; con el objetivo de identificar los riesgos, analizar y evaluar su posible impacto en el cumplimiento de los objetivos y proponer acciones para su mitigación.

B. Mapeo de procesos. Esta técnica consiste en revisar el diagrama del proceso operativo e identificar los puntos críticos que podrían implicar un riesgo. Para efectuarla es necesario que se encuentren documentados todos los procesos de la Institución.

C. Análisis de entorno. Consiste en la revisión de cambios en marco legal, entorno económico o cualquier factor externo que podría amenazar el cumplimiento de los objetivos.

D. Lluvia de ideas. Se trata de una técnica grupal en la que participan Servidores Públicos Universitarios de diferentes niveles jerárquicos para generar ideas relacionadas con los riesgos, causas, eventos o impactos que pueden poner en peligro el logro de los objetivos.

E. Entrevistas. Éstas consisten en realizar una serie de preguntas relacionadas con los eventos que amenazan el logro de los objetivos. Se aplican a los Servidores Públicos Universitarios de diferentes niveles jerárquicos de una o varias Unidades Académicas o Administrativas.

F. Análisis de indicadores de gestión, de desempeño o de riesgos. Deberán establecerse con anterioridad y evaluar sus desviaciones, es decir, que su comportamiento está por encima o debajo del rango normal, esto debe analizarse para determinar si esa desviación se debe a algún riesgo materializado o su comportamiento anormal tiene alguna explicación diferente a un riesgo.

G. Cuestionarios. Consisten en una serie de preguntas enfocadas a detectar las preocupaciones de los Servidores Públicos Universitarios de mandos superiores, medios y operativos sobre riesgos que se perciben en las actividades que desempeñan.

H. Análisis comparativo. Comprenden el análisis entre Unidades Académicas y Administrativas que desarrollan actividades similares, con el fin de identificar riesgos que podrían afectar cada una de ellas.

I. Registros de riesgos materializados. Consiste en bases de datos con los riesgos materializados en el pasado en la Institución. Estos registros deben contener la descripción del evento, fecha, monto de pérdida, si se llevó a cabo alguna recuperación y qué control se estableció para mitigar el riesgo y que cierta situación vuelva a repetirse.

En la descripción de los riesgos se deberá considerar la siguiente estructura general: sustantivo, verbo en participio y, adjetivo o adverbio o complemento circunstancial negativo. Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.

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

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

B. Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la Institución.

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

2.1.2.3.3 Clasificación de los riesgos. Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo:

A. Estratégicos: Se asocian a los asuntos relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Universidad.

B. Financieros: Se relacionan con los recursos económicos de la Universidad, principalmente de la eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos.

C. Operativos: Este rubro considera los riesgos relacionados con fallas en los procesos, en los sistemas o en la estructura de la Universidad.

D. Legales: Afectan la capacidad de la Universidad para dar cumplimiento a la legislación y obligaciones contractuales.

E. Tecnológico: Se relacionan con la capacidad de la Universidad para que las herramientas tecnológicas soporten el logro de los objetivos estratégicos.

F. A la integridad: Son aquellas situaciones o eventos que, en caso de materializarse, impactarían en mayor o menor medida al entorno de valores y principios éticos de la Universidad.

G. A la reputación o imagen: Se reflejan en un impacto de la materialización de cualquier tipo de riesgo, pues podría implicar presencia en cualquiera de las categorías de riesgo descritas anteriormente.

2.1.2.3.4 Identificación de factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:

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

B. Financiero presupuestal: Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.

C. 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.

D. TIC's: Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados.

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

F. Normativo: Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la Universidad en la consecución de las metas y objetivos.

G. Entorno: Se refieren a las condiciones externas a la Universidad, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

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

A. Interno: Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la Universidad.

B. Externo: Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la Universidad.

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

Los riesgos se registrarán atendiendo a estos atributos, en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad.

2.1.2.4 Evaluación de riesgos

La evaluación es la etapa subsecuente a la identificación del proceso de administración de riesgos, en la cual se valora la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el impacto que puede producir en caso de que se materialice.

2.1.2.4.1 Valoración de la probabilidad de ocurrencia. La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la siguiente escala de valor:

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

1-2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.

2.1.2.4.2 Valoración del grado de impacto. La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la siguiente escala de valor:

Escala de valor	Categoría	Descripción
9-10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión y objetivos de la Universidad; asimismo puede implicar pérdida patrimonial o daño de la imagen, dejando además sin funciones total o parcialmente por un periodo importante de tiempo, afectando los programas o servicios que entrega la Universidad.
7-8	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 de la Universidad. Además, se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
5-6	Moderado	Causaría una pérdida importante en el patrimonio o un daño en la imagen de la Universidad.
3-4	Bajo	No afecta el cumplimiento de los objetivos estratégicos y en caso de materializarse podría causar daño al patrimonio o imagen, que se puede corregir en poco tiempo.
1-2	Menor	Podría tener efectos muy pequeños en la Universidad.

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

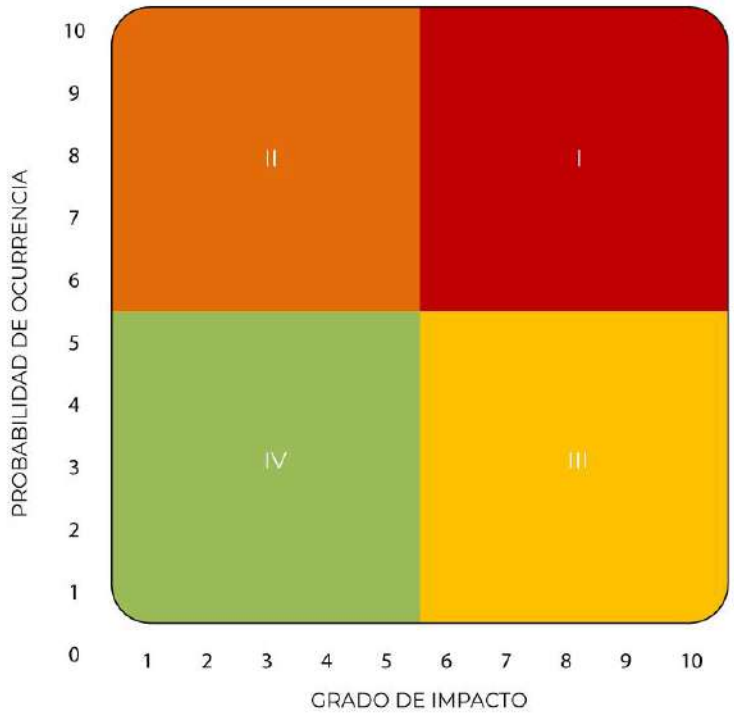
La evaluación de riesgos se podrá llevar a cabo con técnicas cualitativas que consisten en valorar la probabilidad desde una perspectiva de juicio de expertos, quienes conocen de manera muy precisa las actividades, los procesos y el entorno en el cual se desempeñan las Unidades Académicas y Administrativas. Existen también técnicas cuantitativas para evaluar riesgos, las cuales, consisten en determinar el valor de un riesgo mediante modelos estadísticos y calcular la pérdida esperada por materialización de riesgos; estas técnicas, se podrán utilizar una vez que se cuente con información suficiente en tiempo y calidad, es decir, que la Universidad tenga registros de riesgos materializados de por lo menos los últimos cinco años.

La evaluación a los riesgos se registrará en el sistema informático de Control Interno de la Universidad.

2.1.2.5 Priorización de riesgos

Una vez realizada la valoración de la probabilidad e impacto, es necesario priorizar los riesgos, este proceso permite determinar cuáles riesgos requieren un tratamiento inmediato, de acuerdo con el siguiente mapa de riesgos que ubica cada riesgo identificado en el cuadrante que le corresponda de acuerdo con su evaluación; de esta forma la Universidad está en posibilidades de establecer sus niveles de tolerancia a los 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 1. 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 2. Riesgos de atención periódica.- Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5.

Cuadrante 3. 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.

Cuadrante 4. 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.

2.1.2.6 Evaluación de controles

Se realizará conforme a lo siguiente:

2.1.2.6.1 Comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.

2.1.2.6.2 Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.

2.1.2.6.3 Determinar el tipo de control:



2.1.2.6.4 Identificar en los controles lo siguiente:

Deficiencia: Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:

A. Está documentado. Se encuentra descrito.

B. Está formalizado. Se encuentra autorizado por una autoridad competente.

C. Se aplica. Se ejecuta consistentemente el control, y

D. Es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.

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

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

2.1.2.6.6 La evaluación a los controles se registrarán en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad.

2.1.2.7 Evaluación de riesgos respecto a controles

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

2.1.2.7.1 La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial.

2.1.2.7.2 Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial.

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

2.1.2.7.4 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.

2.1.2.8 Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos

Se realizará considerando lo siguiente:

2.1.2.8.1 Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:

A. Evitar el riesgo. Se refiere a evitar 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.

B. 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.

C. Asumir el riesgo. Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante 3, 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.

D. 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:

D1 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.

D2 Aseguramiento: Significa pagar una prima (el precio del seguro) para que, en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora.

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

D3 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.

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

2.1.2.8.2 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.

2.1.2.8.3 Para los riesgos de corrupción que hayan identificado las Unidades Académicas y Administrativas, éstas deberán contemplar solamente las estrategias de evitar el riesgo, toda vez que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, en tanto que lesionan la imagen, la credibilidad y la transparencia.

2.1.2.8.4 Las estrategias y planes de acciones del PTAR se registrarán en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad.

2.1.3 Riesgos de corrupción

En la identificación de riesgos de corrupción se aplicará la metodología general de administración de riesgos presentada anteriormente, tomando las siguientes consideraciones en las etapas descritas:

2.1.3.1 Identificación del riesgo

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

2.1.3.2 Contexto en el cual se materializan los riesgos

Para el caso de los riesgos de corrupción, las causas se establecerán a partir de la identificación de las debilidades (factores internos) y las amenazas (factores externos) que pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a riesgos de corrupción.

2.1.3.3 Evaluación de riesgos respecto a controles

Tratándose de los riesgos de corrupción no se tendrán en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidas en el punto 1.2.4.2 de la etapa de evaluación de riesgos, debido a que serán de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la Universidad, afectando los recursos de la Universidad y el cumplimiento de las funciones de administración.

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

2.1.4 Nivel de tolerancia

El apetito de riesgo de acuerdo con el modelo MICI, es el riesgo que la Universidad está dispuesta a aceptar en la búsqueda del logro de sus objetivos y metas institucionales.

Tolerancia al riesgo es el nivel aceptable de variación en los resultados o actuaciones de la Universidad con la consecución o logro de los objetivos. La tolerancia al riesgo es la cantidad máxima de un riesgo que la Universidad puede soportar sin causar graves daños al logro de sus objetivos.

A. Apetito de riesgo. Es una aprobación de alto nivel de aceptación de un riesgo en el logro de los objetivos.

B. Tolerancia al riesgo. Es el nivel aceptable de diferencia respecto al logro de los objetivos.

Se deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos:

2.1.4.1 El Contralor General propondrá los niveles de tolerancia necesarios para la gestión del riesgo, mismos que someterá al Comité de Control Interno para su aprobación.

2.1.4.2 El Contralor General revisará los niveles de tolerancia aprobados al menos una vez al año o cuando se requiera, con la finalidad de asegurar que se encuentran en los niveles razonables y cualquier cambio que se requiera se someterá a aprobación del Comité de Control Interno para su aprobación.

2.1.4.3 Una vez aprobados los niveles de tolerancia por el Comité de Control Interno, serán comunicados a todas las Unidades Académicas y Administrativas.

2.1.4.4 El Contralor General realizará periódicamente la supervisión, de acuerdo con la frecuencia establecida en los indicadores, el comportamiento de los niveles de tolerancia se informará al Comité de Control Interno de manera trimestral por medio del reporte de riesgo emitido.

2.1.4.5 Los responsables de cada riesgo deben supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia mediante indicadores de riesgos establecidos por el Contralor General y autorizados por el Comité de Control Interno.

2.1.4.6 En caso de que el nivel de riesgo observado exceda el nivel de tolerancia autorizado, se informará inmediatamente después de haberlo detectado a la Contraloría General, mediante el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad.

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

2.1.5 Servicios tercerizados

La Universidad supervisará 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 Unidad Académica y/o 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 Universidad.

El Contralor General deberá 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 Universidad.

2.2. Seguimiento de la Administración de Riesgos

2.2.1 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), debidamente firmado por el Titular, el Titular de la Dirección de Auditoría, el Coordinador de Control Interno y el Auditor de Administración de Riesgos e incluirá:

2.2.1.1 Los riesgos.

2.2.1.2 Los factores de riesgo.

2.2.1.3 Las estrategias para administrar los riesgos.

2.2.1.4 Las acciones de control registradas en la matriz de administración de riesgos, las cuales deberán identificar:

A. Unidad Académica o Administrativa.

B. Responsable de su implementación.

C. Las fechas de inicio y término.

D. Medios de verificación.

El PTAR se registrará en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad.

2.2.2 Reporte de avances trimestral del PTAR

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno, el Auditor de Administración de Riesgos y los titulares de las Unidades Académicas y Administrativas responsables para registrar en el Sistema Informático de Control Interno el avance en las acciones establecidas y con ello informar trimestralmente al Titular de la Dirección de Auditoría y al Contralor General el resultado, a través del reporte de avances trimestral del PTAR, el cual deberá contener lo siguiente:

2.2.2.1 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.

2.2.2.2 En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité de Control Interno.

2.2.2.3 Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno de la Universidad y en el cumplimiento de metas y objetivos.

2.2.2.4 Firmas del Coordinador de Control Interno y del Auditor de Administración de Riesgos.

El Coordinador de Control Interno deberá presentar el reporte de avances trimestral del PTAR:

2.2.2.5 Al Titular de la Dirección de Auditoría dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación.

2.2.2.6 Al Comité de Control Interno a través del Sistema Informático de Control Interno de la Universidad, en las sesiones ordinarias como sigue:

A. Reporte de avances del primer trimestre en la segunda sesión.

B. Reporte de avances del segundo trimestre en la tercera sesión.

C. Reporte de avances del tercer trimestre en la cuarta sesión.

D. Reporte de avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

El reporte se generará con el apoyo del Sistema Informático de Control Interno de la Universidad.

2.2.3 Registro en sistema y evidencia documental del PTAR

La evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será registrada y resguardada por los titulares de las Unidades Académicas y Administrativa responsables de las acciones de control, comprometidas en el PTAR institucional en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad y deberá ponerse a disposición de los órganos fiscalizadores, a través del Contralor General.

2.2.4 Informe de evaluación del Titular de la Dirección de Auditoría al reporte de avances trimestral del PTAR

El Director de Auditoría presentará en las sesiones ordinarias del Comité, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del reporte de avances trimestral del PTAR, a través del Sistema Informático de Control Interno de la Universidad, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

2.2.5 Reporte anual de comportamiento de los riesgos

Se realizará un reporte anual del comportamiento de los riesgos, con relación a los determinados en la matriz de administración de riesgos del año inmediato anterior, y contendrá lo siguiente:

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

2.2.5.2 Comparativo del total de riesgos por cuadrante.

2.2.5.3 Variación del total de riesgos por cuadrante.

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

El reporte anual del comportamiento de los riesgos, deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y el Coordinador de Control Interno lo informará al Comité, a través del Sistema Informático de Control Interno de la Universidad, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio.

Capítulo III. Evaluación y fortalecimiento

3.1. Evaluación del Sistema de Control Interno

El SCI deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por los titulares de Unidades Académicas y Administrativas responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos) en el ámbito de su competencia, identificando, registrando en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca, anexando al mismo y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los cinco componentes de Control Interno, sus 17 principios y elementos de Control Interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

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

El Comité de Control Interno determinará los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos) para la evaluación del SCI, 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 Unidades Académicas y/o Administrativas.

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

A. Aporta al logro de los objetivos establecidos en el Plan Institucional de Desarrollo.

B. Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Universidad.

C. Genera beneficios a la comunidad universitaria o están relacionados con la entrega de becas.

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

E. Tenga relación con los recursos presupuestales asignados.

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

G. Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

Se deberá elaborar, en el mes de noviembre de cada año, una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos) en los cuales realizó la evaluación del SCI.

La evaluación del SCI se realizará mediante el uso del Sistema Informático de Control Interno de la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca en el cual, los titulares de las Unidades Académicas y

Administrativas responsables de los procesos a evaluar, responderán la evaluación anexando la evidencia correspondiente, para que posteriormente sea analizada y dictaminada por el Contralor General.

La evaluación del SCI se realizará identificando la implementación y operación de los cinco componentes del Control Interno y sus principios descritos en el Capítulo I, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

3.1.1 Ambiente de control

3.1.1.1 Los titulares de la Unidades Académicas y Administrativas, deberán conocer y asegurar en su unidad de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión de la Universidad.

3.1.1.2 Los objetivos y metas derivados del Plan Institucional de Desarrollo deberán estar comunicados y asignados a los titulares de la Unidades Académicas y Administrativas responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento.

3.1.1.3 La Universidad deberá contar con un Comité de Ética y Conducta formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento de dichos códigos; así como cumplir con las reglas de integridad para el ejercicio de la función pública y sus lineamientos generales.

3.1.1.4 Se deberá aplicar, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional, identificando áreas de oportunidad, determinando acciones de mejora, dando seguimiento y evaluación a sus resultados.

3.1.1.5 La estructura organizacional deberá definir la autoridad y responsabilidad, segregar y delegar funciones, delimitar facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos.

3.1.1.6 Los perfiles y descripciones de puestos deberán estar actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos.

3.1.1.7 El manual de organización y de procedimientos de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, deberán estar alineado a los objetivos y metas institucionales y se revisará por lo menos una vez al año y en su caso se actualizará de acuerdo a la normatividad aplicable.

3.1.1.8 Se deberá operar en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el Control Interno (políticas y procedimientos).

3.1.2 Administración de riesgos

3.1.2.1 Se deberá aplicar la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la administración de riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control.

3.1.2.2 Las actividades de Control Interno deberán atender y mitigar los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas deberán ser ejecutadas por los Servidores Públicos Universitarios facultados conforme a la normatividad.

3.1.2.3 Debe existir un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos.

3.1.2.4 Se deben instrumentar en los procesos acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

3.1.3 Actividades de control

3.1.3.1 Se deben seleccionar y desarrollar actividades de control que ayuden a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de los sistemas informáticos.

3.1.3.2 Se deben encontrar claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio.

3.1.3.3 Se deben tener en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que midan su avance, resultados y se analicen las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas de la Universidad.

3.1.3.4 Se deben tener establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos.

3.1.3.5 Se deben establecer en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia.

3.1.3.6 Se deben identificar en los procesos la causa raíz de las debilidades de Control Interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un PTCI para su seguimiento y atención.

3.1.3.7 Se deben evaluar y actualizar en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control.

3.1.3.8 Las recomendaciones y acuerdos de los comités institucionales, relacionados con cada proceso, se deben atender en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia.

3.1.3.9 Deben existir y operar en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de tecnologías de información y comunicaciones.

3.1.3.10 Se deben identificar y evaluar las necesidades de utilizar tecnologías de información y comunicaciones en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren.

3.1.3.11 En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se deben cancelar oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a tecnologías de información y comunicaciones.

3.1.4 Información y comunicación

3.1.4.1 Debe existir en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables.

3.1.4.2 Se debe tener implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar la elaboración de informes, respecto del logro del Plan Institucional de Desarrollo.

3.1.4.3 Dentro del Sistema Informático de Control Interno se deberá generar información útil, oportuna, suficiente y confiable; contable, programática y presupuestal.

3.1.4.4 Se deberá contar con los registros correspondientes a los acuerdos aprobados en las sesiones del H. Consejo Universitario, así como los acuerdos y compromisos de comités institucionales, y su seguimiento a fin de que se cumplan en tiempo y forma.

3.1.4.5 Se deberá tener implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias.

3.1.4.6 Se debe contar con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permita al H. Consejo Universitario, al Rector, al Contralor General y al Comité de Control Interno realizar seguimientos y tomar decisiones.

3.1.5 Supervisión y mejora continua

3.1.5.1 Se deben realizar las acciones correctivas y preventivas que contribuyan a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes del Control Interno.

3.1.5.2 Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre tecnologías de la información, se deben utilizar para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar los procesos.

3.1.5.3 Se deben llevar a cabo evaluaciones del Control Interno de los procesos sustantivos y adjetivos por parte de los órganos fiscalizadores, de evaluación y de seguimiento o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

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

3.2 Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación, el Director de Auditoría presentará con su firma autógrafa un informe anual:

A. Al Contralor General a más tardar el 31 de enero de cada año posterior a la evaluación.

B. Al Comité en la primera sesión ordinaria.

El informe anual se integrará con los siguientes apartados:

3.2.1 Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCI:

3.2.1.1 Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de Control Interno.

3.2.1.2 Elementos de control con evidencia documental física y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de Control Interno.

3.2.1.3 Elementos de control con evidencia documental física y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de Control Interno.

3.2.1.4 Debilidades o áreas de oportunidad en el SCI.

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

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

La evaluación del SCI y el PTCI deberán anexarse al informe anual y formarán parte integrante del mismo, ambos documentos contarán con documentos de soporte generados con el apoyo del Sistema Informático de Control Interno de la Universidad.

3.3 Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno

Integración del PTCI y acciones de mejora

El Programa de Trabajo de Control Interno deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada componente del Control Interno, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SCI, las cuales pueden presentar 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 Académica y/o Administrativa y el responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización del Contralor General, de revisión del Director de Auditoría y elaboración por parte del Coordinador de Control Interno y del Auditor de Control Interno.

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

El PTCI se registrará en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad, mismo donde se llevará el control de avances, así como el registro de la evidencia documental física y/o electrónica suficiente que acredite la implementación de las acciones de mejora y/o avances reportados sobre el cumplimiento del PTCI. Dicha evidencia deberá ser resguardada por los Servidores Públicos Universitarios responsables de su implementación y estará a disposición de las instancias fiscalizadoras.

Actualización del PTCI

El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por el Contralor General, derivadas de la evaluación al informe anual y al PTCI original, al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de control determinadas por la Institución y por recomendaciones de instancias fiscalizadoras. El PTCI actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la segunda sesión ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

Reporte de avances trimestral del PTCI

3.3.1 El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno con el apoyo del Auditor de Control Interno y los titulares de las Unidades Académicas y Administrativas responsables para el registro en el Sistema Informático de Control Interno del avance de las acciones establecidas en el PTCI y con ello informar trimestralmente al Director de Auditoría y al Contralor General el resultado, a través del reporte de avances trimestral, el cual deberá contener:

3.3.1.1 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.

3.3.1.2 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.

3.3.1.3 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 y fortalecer el Sistema de Control Interno.

3.3.1.4 Firma del Coordinador de Control Interno.

3.3.2 El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:

3.3.2.1 Al Director de Auditoría, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que pueda emitir su informe de evaluación.

3.3.2.2 Al Comité, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaría.

Informe de evaluación del Director de Auditoría al reporte de avances trimestral del PTCI

El Director de Auditoría realizará la evaluación del reporte de avance trimestral del PTCI y elaborará el informe de evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará:

A. Al Contralor General, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCI.

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

3.4 Evaluación del Contralor General al informe anual y PTCI

Informe de resultados

El Contralor General evaluará el informe anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el informe de resultados al Comité, en su primera sesión ordinaria y simultáneamente al Rector para su conocimiento.

De su contenido y criterios para su elaboración

El Informe de Resultados de la evaluación del Contralor General deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

A. La evaluación aplicada por la Universidad en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos.

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

C. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los componentes de control evaluados y si aportan indicios suficientes para que en lo general o en lo específico puedan contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de Control Interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el SCI.

D. Conclusiones y recomendaciones.

Los Titulares de las Unidades Académicas y Administrativas deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información y documentación física y/o electrónica que les formule la Contraloría General, en cumplimiento a sus obligaciones y atribuciones.

Capítulo IV. Responsabilidades y funciones

4.1 Responsabilidades y funciones

El Control Interno es responsabilidad de la Contraloría General, quien lo implementará con apoyo de la Administración y todos los Servidores Públicos Universitarios, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

4.1.1 Genéricas

Todos los Servidores Públicos Universitarios son responsables de:

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

4.1.1.2 Evaluar el Sistema de Control Interno (SCI) verificando el cumplimiento de las normas generales, sus principios y elementos de control, así como proponer las acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua.

4.1.2 Del Rector y la Administración

4.1.2.1 Determinarán las metas y objetivos de la Universidad 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 Universidad para la consecución de los objetivos del Plan Institucional de Desarrollo así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

4.1.2.2 El Rector recibirá un informe anual del estado que guarda el SCI.

4.1.3 Del Contralor General

4.1.3.1 Establecer y mantener un Sistema de Control Interno apropiado, operando y actualizado conforme a los componentes del Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento.

4.1.3.2 Supervisar que la evaluación del SCI se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda.

4.1.3.3 Verificar que el Control Interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como que se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas.

4.1.3.4 Aprobar el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención.

4.1.3.5 Aprobar la metodología para la administración de riesgos.

4.1.3.6 Instruir y supervisar que el Coordinador de Control Interno inicie y concluya el proceso de administración de riesgos institucional y acordar la metodología de trabajo.

4.1.3.7 Instruir a las Unidades Académicas y 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 de Administración de Riesgos y el PTAR.

4.1.3.8 Recibir y evaluar el informe anual y PTCI. Formular recomendaciones en caso de identificar áreas de oportunidad adicionales que tiendan a fortalecer las acciones de control.

4.1.3.9 Recibir y evaluar el informe de avance trimestral del PTCI. Formular recomendaciones en caso de identificar áreas de oportunidad adicionales que tiendan a fortalecer las acciones de control.

En la administración de riesgos

4.1.3.10 Debe apoyar a la Universidad de forma permanente, en la solventación de las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos.

4.1.3.11 Debe emitir opiniones vinculantes de acuerdo al marco normativo aplicable, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya el Auditor de Administración de Riesgos.

4.1.3.12 Debe presentar en la primera sesión ordinaria del Comité, su opinión sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

4.1.3.13 Recibir y evaluar el informe de avance trimestral del PTAR. Podrá formular recomendaciones en caso de identificar áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de control.

4.1.4 Del Director de Auditoría

4.1.4.1 Evaluar el reporte de avance trimestral del PTCI elaborado por el Coordinador de Control Interno y emitir el informe correspondiente dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte.

4.1.4.2 Evaluar el reporte de avance trimestral del PTAR elaborado por el Coordinador de Control Interno y emitir el informe correspondiente dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte.

4.1.4.3 Realizar acciones de supervisión y auditoría pertinentes derivados de las evaluaciones al PTCI y PTAR.

4.1.4.4 Los informes de evaluación se presentarán al Comité en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada trimestre. El primer reporte de evaluación de avance trimestral en la segunda sesión ordinaria.

4.1.4.5 Presentar para aprobación del Contralor General el Informe Anual.

4.1.5 Del Coordinador de Control Interno

En el fortalecimiento del Sistema de Control Interno

4.1.5.1 Ser el canal de comunicación e interacción de las Unidades Académicas y Administrativas con el Contralor General en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCI.

4.1.5.2 Acordar con el Contralor General y el Titular de la Dirección de Auditoría las acciones para la implementación y operación del Modelo de Control Interno.

4.1.5.3 Coordinar la aplicación de la evaluación del SCI en los procesos prioritarios de la Universidad.

4.1.5.4 Revisa el proyecto de reporte anual y el PTCI generado por el Auditor de Control Interno.

4.1.5.5 Presentar al Director de Auditoría el reporte de avances trimestral del PTCI para su evaluación.

4.1.5.6 Presentar para aprobación del Contralor General el PTCI original y actualizado, y el reporte de avances trimestral del PTCI.

En la administración de riesgos

4.1.5.7 Acordar con el Contralor General y el Titular de la Dirección de Auditoría la metodología de trabajo, 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 Académicas y Administrativas, por conducto del Auditor de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos.

4.1.5.8 Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda formalmente en todas las Unidades Académicas y Administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión.

4.1.5.9 Convocar a los titulares de todas las Unidades Académicas y Administrativas, a los integrantes del Comité de Control Interno, al Contralor General, al Titular de la Dirección de Auditoría y al Auditor de Administración de Riesgos, para integrar el grupo de trabajo que definirá la matriz, el mapa y el PTAR, para la autorización del Contralor General, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto.

4.1.5.10 Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en el Sistema de Control Interno y ser el canal de comunicación e interacción con el Contralor General, el Titular de la Dirección de Auditoría y el Auditor de Administración de Riesgos.

4.1.5.11 Revisar los proyectos de matriz y mapa de riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Auditor de Administración de Riesgos.

4.1.5.12 Revisar el reporte de avances trimestral del PTAR y el reporte anual del comportamiento de los riesgos.

4.1.5.13 Presentar al Director de Auditoría el reporte de avance trimestral del PTAR para su evaluación.

4.1.5.14 Presentar anualmente la matriz y mapa de riesgos, el PTAR y el reporte anual del comportamiento de los riesgos al Comité, con copia de conocimiento al Contralor General.

4.1.5.15 Difundir la matriz de administración de riesgos, el mapa de riesgos y el PTAR, e instruir la implementación del mismo a los responsables de las acciones de control comprometidas.

4.1.5.16 Comunicar al Auditor 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.

En el Comité de Control Interno:

4.1.5.17 Determinar, conjuntamente con el Presidente los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y reflejarlos en el Orden del Día; así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Universidad.

4.1.5.18 Ser el canal de comunicación e interacción entre el Comité de Control Interno y las Unidades Académicas y Administrativas.

4.1.5.19 Verificar que se tenga la información de avance trimestral de PTCI y PTAR con 5 días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión ordinaria del Comité, para que los vocales puedan revisar la información previa al mismo.

4.1.5.20 Preparar las sesiones y las convocatorias.

4.1.5.21 Registrar en el Sistema Informático de Control Interno las sesiones, el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

4.1.5.22 Generar los informes de acuerdos para su posible incorporación en el PTCI y PTAR.

4.1.6 Del Auditor del Control Interno

4.1.6.1 Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las Unidades Académicas y Administrativas.

4.1.6.2 Seleccionar las Unidades Académicas y Administrativas y los procesos prioritarios en donde serán aplicadas las evaluaciones del SCI.

4.1.6.3 Instrumentar a través del Sistema Informático de Control Interno Universitario, la preparación del ambiente de trabajo con la finalidad de que las Unidades Académicas y Administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios.

4.1.6.4 Revisar con los responsables de las Unidades Académicas y Administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las normas generales, sus principios y elementos de Control Interno.

4.1.6.5 Elaborar el reporte anual del SCI y del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno.

4.1.6.6 Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno.

4.1.6.7 Verificar que los Servidores Públicos Universitarios responsables registren en el Sistema Informático de Control Interno los reportes de avances trimestrales del PTCI.

4.1.6.8 Integrar información para la elaboración del proyecto de reporte de avance trimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno.

4.1.6.9 Capacitar a las Unidades Académicas y Administrativas respecto del Control Interno.

4.1.7 Del Auditor de Administración de Riesgos

4.1.7.1 Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las Unidades Académicas y Administrativas.

4.1.7.2 Informar y capacitar a las Unidades Académicas y Administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos, 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.

4.1.7.3 Revisar y analizar la información proporcionada por las Unidades Académicas y Administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos institucionales de la matriz, mapa de riesgos y PTAR; el reporte de avances trimestral del PTAR; y el reporte anual del comportamiento de los riesgos.

4.1.7.4 Verificar que los Servidores Públicos Universitarios responsables registren en el Sistema Informático de Control Interno los reportes de avances trimestrales del PTAR.

4.1.7.5 Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el reporte de avance trimestral.

4.1.7.6 Agregar en la matriz de administración de riesgos, el PTAR y el mapa de riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por las Unidades Académicas, Administrativas y cualquier otra área interna o externa, así como los determinados por el Comité.

Capítulo V. Comité de Control Interno

5.1 Objetivos del comité

El Comité de Control Interno, se constituye en la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca para el cumplimiento de los siguientes objetivos:

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

5.1.2 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.

5.1.3 Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, generar acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas.

5.1.4 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.

5.1.5 Impulsar el establecimiento y actualización del SCI, 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.

5.1.6 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.

5.2 Integración del comité

Se constituirán el Comité, que será encabezado por el Contralor General, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

A. El Presidente: Contralor General.

B. Secretario del Comité: Coordinador de Control Interno (sin voto)

C. Vocales:

C1 El Titular de la Secretaría de Finanzas.

C2 El Titular de la Secretaría Administrativa.

C3 El Titular de la Secretaría de Planeación.

C4 El Titular de la Oficina del Abogado General.

5.2.1 Invitados

Se podrán incorporar al Comité como invitados cuando así se considere:

A. Los titulares de las Unidades Académicas y Administrativas competentes de los asuntos a tratar en la sesión.

B. Los Servidores Públicos Universitarios, que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución.

C. Los Auditores del Sistema de Control Interno y de Administración de Riesgos.

D. Invitados externos.

Los invitados señalados en el presente numeral, participarán en el Comité con voz pero sin voto, quienes podrán proponer a consideración del Comité, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la matriz de administración riesgos, a través de la cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su atención oportuna.

5.2.2 Suplentes

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

Para fungir como suplentes, los funcionarios universitarios deberán contar con acreditación por escrito del miembro propietario dirigida al Secretario del Comité, de la que se dejará constancia en el acta y en el Sistema Informático de Control Interno. Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a los propietarios.

5.3 Atribuciones del comité y funciones de los miembros

5.3.1 Atribuciones del comité

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

5.3.1.1 Aprobar el Orden del Día.

5.3.1.2 Aprobar acuerdos para fortalecer el SCI, particularmente con respecto a:

5.3.1.2.1 El informe anual.

5.3.1.2.2 El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento.

5.3.1.2.3 Las recomendaciones contenidas en el informe de resultados del Contralor General derivado de la evaluación del informe anual.

5.3.1.2.4 Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia.

5.3.1.3 Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la administración de riesgos, derivados de:

5.3.1.3.1 La revisión del PTAR, con base en la matriz de administración de riesgos y el mapa de riesgos, así como de las actualizaciones.

5.3.1.3.2 El reporte de avances trimestral del PTAR.

5.3.1.3.3 El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos.

5.3.1.3.4 La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por la Dirección de Auditoría o por otras instancias externas de fiscalización.

5.3.1.4 Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño Universitario, particularmente con respecto a:

5.3.1.4.1 El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero.

5.3.1.4.2 La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, así como de sus indicadores relacionados.

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

5.3.1.5 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 conductas contrarias al Código de Ética y al Código de Conducta.

5.3.1.6 Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la Universidad, que elabore la Secretaría de Planeación, así como de la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) de los programas presupuestarios, aprobados para el ejercicio de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan.

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

5.3.1.8 Aprobar el calendario de sesiones ordinarias.

5.3.1.9 Ratificar las actas de las sesiones, y

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

5.3.2 Funciones del Presidente del Comité

El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

5.3.2.1 Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno, los asuntos del orden del día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los titulares de las Unidades Académicas y Administrativas de la Universidad.

5.3.2.2 Declarar el quórum legal y presidir las sesiones.

5.3.2.3 Poner a consideración de los miembros del Comité el orden del día y las propuestas de acuerdos para su aprobación.

5.3.2.4 Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados externos ajenos a la Universidad.

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

5.3.2.6 Fomentar la capacitación de los miembros propietarios y suplentes en temas de competencia del Comité, así como en materia de Control Interno y Administración de Riesgos.

5.3.2.7 Determinar, en el ámbito de sus atribuciones, las acciones conducentes cuando no se cumplan los acuerdos establecidos conforme a las políticas de operación.

5.3.2.8 Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta del orden del día.

5.3.3 Funciones de los miembros propietarios

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

5.3.3.1 Proponer asuntos específicos a tratar en el orden del día del Comité.

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

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

5.3.3.4 Proponer la participación de invitados externos a la Universidad.

5.3.3.5 Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité.

5.3.3.6 Analizar los informes y la documentación soporte de cada sesión integrada en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos.

5.3.3.7 Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la matriz de administración riesgos Universitario, a través de la cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su oportuna atención.

5.3.4 Funciones del Secretario del Comité

Como Secretario y enlace del Comité de Control Interno, tendrá las funciones siguientes:

5.3.4.1 Validar que la información institucional fue integrada y capturada en el sistema informático por los Auditores de Control Interno y Administración de Riesgos, para su consulta por los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión.

5.3.4.2 Presentar por sí, o en coordinación con los titulares de las Unidades Académicas y/o Administrativas, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la matriz de administración de riesgos.

5.3.4.3 Elaborar la cédula de problemáticas o situaciones críticas.

5.3.4.4 Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables.

5.3.4.5 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.

5.3.4.6 Proponer e Informar a los miembros e invitados el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité.

5.3.4.7 Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de los miembros e invitados y verificar el quórum legal.

5.3.4.8 Determinar conjuntamente con el Presidente, los asuntos del orden del día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los titulares de las Unidades Académicas y Administrativas de la Universidad.

5.3.4.9 Levantar constancia del hecho cuando no se reúna el quórum legal requerido y convocar a los miembros para realizar la nueva sesión.

5.4. Políticas de operación

5.4.1 De las sesiones

5.4.1.1 Tipo de sesiones y periodicidad.

El Comité celebrará cuatro sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de asuntos específicos relativos al desempeño institucional, debiendo celebrarse preferentemente al inicio de la jornada laboral, con objeto de no interrumpir la continuidad de las labores.

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse el último lunes del mes inmediato posterior al trimestre que se reporta a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones.

5.4.1.2 Convocatorias.

La convocatoria y la propuesta del orden del día, deberá ser enviada por el Secretario del comité 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. Las convocatorias se podrán realizar por correo electrónico institucional, confirmando su recepción mediante acuse de recibo.

5.4.1.3 Calendario de sesiones.

El calendario de sesiones ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior, en caso de modificación, el Secretario del Comité previa autorización del Presidente, informará a los miembros e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

5.4.1.4 Desarrollo de las sesiones y registro de asistencia.

Las sesiones podrán llevarse a cabo de manera presencial, virtual o ambas a través de videoconferencia u otros medios similares que permitan analizar, plantear y discutir en tiempo real, los asuntos y sus alternativas de solución. En cada reunión se registrará la asistencia de los participantes, recabando las firmas correspondientes. En el caso de las sesiones virtuales bastará con su firma autógrafa en el acta.

5.4.1.5 Quórum Legal.

El quórum legal del comité se integrará con la asistencia de 50% más uno de sus miembros, siempre que participen el Presidente o el Presidente Suplente.

Cuando no se reúna el quórum legal requerido, el Secretario del Comité 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.

5.4.2 Del orden del día

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

El orden del día se integrará conforme a lo siguiente:

5.4.2.1 Lista de asistencia.

5.4.2.2 Declaración de quórum legal e inicio de la sesión.

5.4.2.3 Aprobación del orden del día.

5.4.2.4 Lectura y ratificación del acta de la sesión anterior.

5.4.2.5 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 Presidente determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones.

5.4.2.6 Cédula de problemáticas o situaciones críticas.

La cédula deberá ser elaborada por el Secretario del Comité a sugerencia de los miembros o invitados del Comité, considerando, en su caso, la información que proporcionen las Unidades Académicas y/o Administrativas, cuando existan o se anticipen posibles incumplimientos normativos y/o variaciones en programas presupuestarios o en cualquier otro tema vinculado al desempeño institucional, derivado de los cambios en el entorno interno o externo de la Universidad, con el fin de identificar riesgos que no estén incluidos en la matriz de administración de riesgos institucional o bien debilidades de Control Interno adicionales a las obtenidas en la evaluación del Control Interno, que deban ser incorporadas y atendidas con acciones de mejora en el PTCI o en el PTAR.

5.4.2.7 Desempeño Institucional.

5.4.2.7.1 Programas presupuestarios.- Se deberán identificar e informar los programas presupuestarios que representen el 80% del presupuesto original de la Institución y muestren variaciones superiores a 10 puntos porcentuales al comparar: (1) el presupuesto ejercido contra el modificado y (2) el cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.

5.4.2.7.2 Proyectos de inversión Universitaria.- Deberán identificar e informar los proyectos de inversión Universitaria que presenten variaciones superiores a 10 puntos porcentuales, al comparar el avance acumulado: (1) del presupuesto ejercido contra el programado, (2) del físico alcanzado contra el programado, y (3) del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.

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

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

5.4.2.8 Seguimiento al informe anual de actividades del Comité de Ética y Comité de Conducta.

5.4.2.9 Seguimiento al establecimiento y actualización del SCI:

5.4.2.9.1Informe anual, PTCI e informe de resultados del Contralor General derivado de la evaluación al informe anual (presentación en la primera sesión ordinaria).

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

5.4.2.9.3 Aspectos relevantes del Informe de verificación de la Dirección de Auditoría al reporte de avances trimestral del PTCI.

5.4.2.10 Proceso de administración de riesgos institucional.

5.4.2.10.1 Matriz, mapa y PTAR, así como reporte anual del comportamiento de los riesgos (presentación en la primera sesión ordinaria).

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

5.4.2.10.3 Aspectos relevantes del informe de evaluación de la Auditoría Interna al reporte de avances trimestral del PTAR.

5.4.2.11 Aspectos que inciden en el Control Interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad.

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

5.4.2.11.1 Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la Universidad y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a Servidores Públicos Universitarios, los motivos y sanciones aplicadas.

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

5.4.2.12 Asuntos generales.

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

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

A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus miembros o invitados, podrán solicitar se incorporen en el orden del día asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

5.4.3 De los acuerdos

5.4.3.1 Requisitos de los acuerdos.

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

5.4.3.1.1 Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Universidad. 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.

5.4.3.1.2 Precisar a los responsables de su atención.

5.4.3.1.3 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.

5.4.3.1.4 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 del Comité. Al final de la sesión, el Presidente dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

5.4.3.1.5 Envío de acuerdos para su atención.

El Secretario del Comité remitirá los acuerdos a los responsables de su atención, a más tardar 5 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente. Este envío de acuerdo se realizará con el apoyo del Sistema Informático de Control Interno de la Universidad, mediante el correo electrónico institucional u otro medio autorizado por el Comité.

5.4.3.1.6 Reprogramación de atención de acuerdos

Para los acuerdos que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única vez, éste podrá aprobar una nueva fecha que preferentemente, no exceda de 30 días hábiles contados a partir del día siguiente al de la sesión. Se conservará en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad, la fecha inicial de atención.

5.4.4 De las actas

5.4.4.1 Requisitos del acta.

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

A. Nombres y cargos de los asistentes.

B. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación.

C. Acuerdos aprobados.

D. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión.

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

Estas actas se generarán en el Sistema Informático de Control Interno de la Universidad.

5.4.4.2 Elaboración del acta y de su revisión.

El Secretario del Comité elaborará y remitirá a los miembros del Comité y a los invitados correspondientes, el proyecto de acta a más tardar 10 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

Los miembros del Comité y, en su caso, los invitados revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios al Secretario del Comité dentro de los 5 días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos se tendrá por aceptado el proyecto y recabará las firmas a más tardar 20 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.