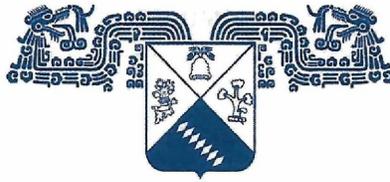


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Lineamientos Generales de Control Interno de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos

UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Lineamientos Generales de Control Interno de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos

**Aprobación del Comité de Control
Interno y Desempeño Institucional
(COCODI):**

10 de julio 2025

Vigencia:

11 de julio 2025

Nota:

- Los presentes lineamientos están basados en el acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de aplicación General en Materia de Control Interno, emitidos en el Diario Oficial de la Federación el 05 de septiembre 2018.
- Entran en vigor al día hábil siguiente de su aprobación por el COCODI.

U A E M A U



COORDINACIÓN GENERAL DE
PLANEACIÓN Y DESARROLLO
SUSTENTABLE

UAEM

RECTORÍA
2023-2029

ÍNDICE

TITULO PRIMERO	
Disposiciones Generales	6
CAPÍTULO I	
Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones	6
CAPÍTULO II	
Responsables de su Aplicación y Vigilancia	10
CAPÍTULO III	
Uso de Tecnologías de la Información y Comunicaciones	10
TITULO SEGUNDO	
Modelo Estándar del Control Interno	11
CAPÍTULO I	
Estructura del Modelo de Control Interno	11
CAPÍTULO II	
Responsabilidades y Funciones en el Sistema de Control Interno	25
CAPÍTULO III	
Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno	30
SECCIÓN I	
Evaluación del SCII	30
SECCIÓN II	
Informe Anual del SCII	34
SECCIÓN III	
Integración y Seguimiento del PTCI	35
SECCIÓN IV	
Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual y PTCI	37
TITULO TERCERO	
Metodología de Administración de Riesgos	37
CAPÍTULO I	
Proceso de Administración de Riesgos	37
CAPÍTULO II	
Seguimiento de la Administración de Riesgos	44

TITULO CUARTO

Comité de Control y Desempeño Institucional	45
CAPÍTULO I	
De los Objetivos del Comité	45
CAPÍTULO II	
Integración del Comité	46
CAPÍTULO III	
Atribuciones del Comité y Funciones de las y los Integrantes	48
CAPÍTULO IV	
Políticas de Operación	50
SECCIÓN I	
De las Sesiones	50
SECCIÓN II	
De la Orden del Día	51
SECCIÓN III	
De los Acuerdos	54
SECCIÓN IV	
De las Actas	55
SECCIÓN V	
Del Sistema Informático	55
DISPOSICIONES TRANSITORIAS	56

UAEM



COORDINACIÓN GENERAL DE
PLANEACIÓN Y DESARROLLO
SUSTENTABLE



Cuernavaca, Mor. a 10 de julio del 2025.

DRA. VIRIDIANA AYDEÉ LEÓN HERNÁNDEZ, Rectora de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) con fundamento en lo dispuesto por los artículos 3º, 7º fracciones II y V y 25 de la Ley Orgánica de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y 105 fracción XIII del Estatuto Universitario, y

CONSIDERANDO

I.- Que las instituciones educativas del país tienen como funciones sustantivas la docencia, la investigación y la extensión de la cultura, para contribuir a una mejora social, no solo interna sino para el estado de Morelos y la región, así como fomentar la equidad de género, la inclusión, el cuidado al medio ambiente y su responsabilidad social.

II.- Que teniendo como premisa la transparencia en la aplicación de los recursos financieros y la rendición de cuentas, con la observancia, acompañamiento y prevención del Órgano Interno de Control. La UAEM busca impulsar y fortalecer las mejores condiciones en sus servicios tanto académicos como administrativos y de investigación, cumplir con sus certificaciones administrativas, acreditaciones académicas y auditorías correspondientes a cada área con el fin de mantener un equilibrio en su administración, apoyando en expandir a la Comunidad Universitaria la cultura del control interno, para disminuir riesgos y poder lograr nuestros objetivos institucionales.

III.- Que la UAEM 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 cumplimiento de su misión.

Por ello, es necesario promover la cultura del control interno en la UAEM, con el fin de impulsar la prevención y la detección de eventos que obstaculicen el logro de los propósitos institucionales.

IV.- Que 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.

V.- Que el objetivo primordial de este documento es establecer los lineamientos de operación del Sistema de Control Interno de la UAEM, sensibilizar a las y los funcionarios que trabajan en todas las áreas académicas y administrativas, sobre la importancia del control interno en el ejercicio de sus facultades, con el objetivo de promover la eficiencia y eficacia de sus actividades sustantivas y adjetivas en apego a las disposiciones normativas.

VI.- Que de conformidad con las mejores prácticas internacionales en materia de control interno, la implementación, mantenimiento y actualización del mismo son responsabilidad de la persona Titular de la Rectoría de la Institución, quien las cumple con la contribución de la administración y del resto del personal; así como, con la asesoría, apoyo y vigilancia del Órgano Interno de Control.

VII.- Que el presente documento fue analizado y avalado en la Sesión del Comité de Control y Desempeño Institucional de fecha diez de julio de dos mil veinticinco.

Por lo expuesto y fundado, he tenido a bien expedir los siguientes:

LINEAMIENTOS GENERALES DE CONTROL INTERNO PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

TITULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

Artículo 1. De la base de referencia, objeto y ámbito de aplicación. Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer, actualizar y mantener las normas de control interno que deberán observar las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos que conforman la estructura organizacional de la UAEM, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes (operación, información, cumplimiento y salvaguarda).

Son responsables de la aplicación de los presentes Lineamientos, las y los funcionarios universitarios siguientes:

- I. Rectoría;
- II. Secretarías;
- III. Tesorería General;
- IV. Oficina de la Abogacía General;
- V. Órgano Interno de Control;
- VI. Coordinaciones y Direcciones Generales;
- VII. Direcciones de Escuelas, Facultades y Centros;
- VIII. Secretarías de los Consejos Directivos de los Institutos;
- IX. Direcciones de Área;
- X. Coordinaciones de Área, y
- XI. Jefaturas de Departamento



**COORDINACIÓN GENERAL DE
PLANEACIÓN Y DESARROLLO
SUSTENTABLE**

UAEM
RECTORÍA
2023-2029

- XII. Las y los trabajadores de la UAEM, en los términos de las disposiciones correspondientes.

Artículo 2. De los términos más utilizados. Para los efectos de los presentes Lineamientos se entenderá por:

- I. Acción(es) de control:** Actividades realizadas por las y los directores y trabajadores universitarios para alcanzar los objetivos institucionales y administrar riesgos, incluidos los de corrupción y tecnologías de la información;
- II. Acción(es) de mejora:** Actividades dirigidas a eliminar debilidades en el control interno y reforzar mecanismos preventivos, detectivos o correctivos;
- III. Administración:** Las y los funcionarios universitarios de mandos medios y superiores diferentes a la persona Titular de la Rectoría de la Institución;
- IV. Administración de Riesgos:** Proceso de identificación, análisis, evaluación y respuesta ante riesgos que puedan afectar los objetivos institucionales, incluyendo los de corrupción;
- V. Área(s) de oportunidad:** Situaciones favorables que surgen en el entorno institucional y pueden aprovecharse para mejorar el Sistema de Control Interno Institucional (SCII);
- VI. Carpeta electrónica:** Aplicación informática que contiene la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité;
- VII. Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI):** Órgano encargado de evaluar y monitorear el desempeño institucional;
- VIII. Competencia profesional:** Cualificación necesaria para cumplir con las responsabilidades asignadas. Esta competencia incluye habilidades y conocimientos que se adquieren mediante la formación, experiencia y certificaciones;
- IX. Componentes de control:** Son los puntos que deberá instrumentar y cumplir cada Institución en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;
- X. Control correctivo:** 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;
- XI. Control detectivo:** 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;
- XII. Control Interno:** Conjunto de procesos implementados por la Rectoría y otras personas funcionarias para garantizar el logro de metas institucionales y la salvaguarda de recursos públicos;
- XIII. Control preventivo:** 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;

XIV. Debilidad(es) de control interno: Insuficiencias en los controles que dificultan el logro de los objetivos institucionales o materializan riesgos;

XV. Dependencia Administrativa: Instancia de apoyo, gestión y operación de la Universidad para el cumplimiento de sus actividades sustantivas y adjetivas;

XVI. Desempeño Institucional: Medida de gestión y desempeño de los objetivos generales de la Universidad.

XVII. Disposiciones: Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno;

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

XIX. Eficacia: Cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;

XX. Eficiencia: Logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos;

XXI. Evaluación del Sistema de Control Interno: Proceso para determinar la eficacia y eficiencia del SCII en distintos niveles de la universidad;

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

XXIII. Personas Funcionarias Universitarias: Categoría que comprende a las y los trabajadores administrativos con puestos directivos de la Institución;

XXIV. Gestión de riesgos de corrupción: Proceso que implica la identificación, análisis, evaluación, atención, monitoreo y comunicación de los riesgos que surgen por abusos de poder o el uso indebido de recursos e información;

XXV. Impacto o efecto: Consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;

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

XXVII. Institución: Universidad Autónoma del Estado de Morelos;

XXVIII. Instituto: Dependencia académica administrativa conformada por dos o más unidades académicas que se agrupan por áreas del conocimiento complementarias y/o regiones geográficas del Estado de Morelos.

XXIX. Mapa de Riesgos: Representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva.

XXX. Matriz de Administración de Riesgos: 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 riesgos;

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

XXXII. Objetivos institucionales: Conjunto de objetivos específicos que conforman el Plan Institucional de Desarrollo y demás disposiciones aplicables.

XXXIII. PIDE: Plan Institucional de Desarrollo UAEM;

XXXIV. Personas trabajadoras universitarias: Categoría que comprende a las y los trabajadores académicos y administrativos de la Institución;

XXXV. Procesos administrativos: Aquellos necesarios para la gestión interna de la Institución que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya quedan soporte a los procesos sustantivos;

XXXVI. Probabilidad de ocurrencia: Estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;

XXXVII. Procesos sustantivos: Aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la Institución;

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

XXXIX. PTAR: Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

XL. PTCI: Programa de Trabajo de Control Interno;

XLI. Riesgo: Evento incierto que podría impedir el logro de los objetivos institucionales debido a su impacto;

XLII. Riesgo(s) de corrupción: La posibilidad de que, por acción u omisión, se produzca un daño a los intereses de una Institución debido al abuso de poder o al uso indebido de recursos, información, empleo, cargo o comisión. Incluye prácticas como soborno, fraude, apropiación indebida de recursos, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, y otras conductas ilícitas similares.

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

XLIV. Sistema de Control Interno Institucional (SCII): Conjunto de procesos y mecanismos que interactúan para asegurar el logro de metas y objetivos en un ambiente ético y eficiente;

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

XLVI. Sistema Informático: Herramienta electrónica para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en los presentes Lineamientos;

XLVII. TIC's: Tecnologías de la Información y Comunicaciones;

XLVIII. Unidad Académica: Categoría que comprende a las Escuelas, Facultades, Centros de la Universidad;

XLIX. Universidad: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Los epígrafes que preceden a los artículos de este ordenamiento no tienen valor para su interpretación legal y solo se incluyen para facilitar su conceptualización y su sistematización jurídica, pero no aplican en relación con el contenido y alcance de las normas respectivas.

CAPÍTULO II RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN Y VIGILANCIA

Artículo 3. Responsabilidad de la aplicación de los presentes Lineamientos. Será responsabilidad de las personas Titulares de la Administración Central de la Rectoría, de la Coordinación de Control Interno y Enlaces:

- I. Establecer, actualizar, evaluar y supervisar el funcionamiento del SCII;
- II. Ordenar las acciones para la mejora continua del SCII;
- III. Instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de los presentes Lineamientos.

En cuanto a la implementación y mejora del SCII, se debe identificar y clasificar los mecanismos de control en tres categorías: preventivos, detectivos y correctivos. Se priorizarán los mecanismos preventivos y las prácticas de autocontrol, con el fin de evitar que se presenten resultados o eventos no deseados que afecten la eficiencia, eficacia y economía en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Artículo 4. Designación de la persona Titular de la Coordinación de Control Interno y Enlaces. La persona Titular de la Rectoría de la Universidad designará mediante oficio a la persona Titular de la Coordinación de Control Interno para asistirle en la aplicación y seguimiento de los presentes Lineamientos.

La persona Titular de la Coordinación de Control Interno designará mediante oficio a la persona Enlace del Sistema de Control Interno Institucional, Enlace de Administración de Riesgos, y Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional.

En los oficios de designación se deberá marcar copia a la persona Titular del Órgano Interno de Control dentro de los diez días hábiles posteriores a que se efectúe el cambio.

Artículo 5. De su vigilancia y asesoría. El Órgano Interno de Control, será el responsable de vigilar la implementación y aplicación adecuada de los presentes Lineamientos, así mismo, en el ámbito de su competencia otorgará la asesoría y apoyo que corresponda a las y los funcionarios de la Institución para la implementación de su SCII.

CAPÍTULO III USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

Artículo 6. De las cuentas de correo electrónico estandarizadas. La persona Titular de la Coordinación de Control Interno y las personas Enlace gestionarán a través de la mesa de ayuda de la Dirección General de Tecnologías de Información y Comunicación (DGTIC), la creación y asignación de cuentas de correo electrónico estandarizadas con el dominio de la Institución, su uso quedará bajo responsabilidad de los mismos, debiendo cumplir lo siguiente:

Designación	Correo electrónico estandarizado
Presidencia del COCODI	presidente.cocodi@uaem.mx
Coordinación de Control Interno	coordinacontrolinterno.cocodi@uaem.mx
Vocalía Ejecutiva	vocalejecutivo.cocodi@uaem.mx
Enlace del Sistema de Control Interno Institucional	enlacecontrolinterno.cocodi@uaem.mx
Enlace de Administración de Riesgos	enlacieriesgos.cocodi@uaem.mx
Enlace del COCODI	enlacedesempeno.cocodi@uaem.mx

Las cuentas de correo electrónico son el medio de comunicación de la Institución; serán permanentes y transferibles a las y los funcionarios universitarios que asuman cada designación; no deberán cancelarse y/o dar de baja.

TITULO SEGUNDO

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I

ESTRUCTURA DEL MODELO DE CONTROL INTERNO

Artículo 7. De las categorías del objetivo del Control Interno. El control interno tiene como objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas de la Institución dentro de las siguientes categorías:

- I. **Operación:** Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos;
- II. **Información:** Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación;
- III. **Cumplimiento:** Observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones, y
- IV. **Salvaguarda:** Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

Artículo 8. Componentes, principios y elementos de control interno.

PRIMERA. AMBIENTE DE CONTROL

Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un sistema de control interno eficaz e influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control. Para la aplicación de estos lineamientos, la persona Titular de la Rectoría, las personas titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, deberán establecer y mantener un ambiente de control en toda la Institución, que implique una

actitud de respaldo hacia el control interno, así como vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

1. Actitud de respaldo y compromiso: La persona titular de la Rectoría, así como las personas titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos deben demostrar un compromiso firme con la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en todas sus decisiones y comportamientos. Este compromiso debe reflejarse a través de sus directrices, actitudes y comportamientos, mediante el ejemplo sobre los valores y filosofía institucionales.

Asimismo, la persona titular de la Rectoría, así como las personas titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos deben establecer directrices claras para comunicar las expectativas de la Institución en relación con la integridad, valores éticos y las normas de conducta, asimismo, deben implementar procesos de evaluación del desempeño del personal en relación con estas normas y abordar cualquier desviación identificada de manera oportuna y consistente, con un enfoque en el cumplimiento de las normativas institucionales.

En cuanto a la prevención de la corrupción, cada Dependencia Administrativa, Unidad Académica e Instituto debe desarrollar e implementar un programa, política o lineamiento que incluya capacitación continua en temas de integridad, difusión de códigos de ética, establecimiento de mecanismos de denuncia anónima y confidencial, así como una función específica para la gestión de riesgos de corrupción. Este programa debe ser supervisado de manera continua, evaluado periódicamente para garantizar su efectividad, y actualizado conforme a los resultados obtenidos en las evaluaciones internas y externas.

2. Ejercer la responsabilidad de vigilancia: La persona Titular de la Rectoría es responsable de ejercer la vigilancia sobre el funcionamiento del control interno en la Institución, asegurándose de que se cumpla con los objetivos del programa de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

2.1. Estructura de Vigilancia: La persona Titular de la Rectoría debe establecer una estructura de vigilancia adecuada, considerando las disposiciones jurídicas y las características de la Institución.

2.2. Responsabilidades de la persona Titular de la Rectoría: Supervisar las operaciones de la Institución, orientando a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, y tomando decisiones de vigilancia para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

2.3. Vigilancia General del Control Interno: La persona Titular de la Rectoría debe vigilar el diseño, implementación y operación del control interno en toda la Institución:

a. **Ambiente de Control:** Promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, manteniendo la rendición de cuentas.

b. **Administración de Riesgos:** Vigilar la evaluación de riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la corrupción y la omisión de controles.

- c. **Actividades de Control:** Supervisar la ejecución de actividades de control en las dependencias.
- d. **Información y Comunicación:** Analizar el progreso hacia el logro de los objetivos institucionales.
- e. **Supervisión:** Evaluar las actividades de supervisión, las evaluaciones y las acciones correctivas adoptadas.

2.4. Corrección de Deficiencias: La persona Titular de la Rectoría debe asegurarse de que las deficiencias identificadas en el control interno sean corregidas a tiempo. Para ello:

- a. **Seguimiento:** Proporciona información a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos para asegurar la corrección de las deficiencias.
- b. **Monitoreo:** Debe monitorear la corrección de dichas deficiencias y guiar a la Administración sobre los plazos para su resolución.

3. Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad: La persona Titular de la Rectoría tiene la responsabilidad de autorizar, en colaboración con las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, la estructura organizacional necesaria para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservando la integridad y asegurando la rendición de cuentas.

3.1. Estructura Organizacional:

- I. La persona Titular de la Rectoría debe instruir a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos para establecer una estructura organizacional que permita planificar, ejecutar, controlar y evaluar el logro de los objetivos de la Institución.
- II. Las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos deben actualizar la estructura organizacional, asignando responsabilidades para alcanzar los objetivos de manera eficiente, económica, y cumpliendo con las normativas, además de prevenir y detectar actos contrarios a la integridad.
- III. Se debe realizar una evaluación periódica de la estructura organizacional para garantizar que se alinee con los objetivos institucionales y las nuevas leyes o regulaciones.

3.2. Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad:

- I. La persona Titular de la Rectoría debe asignar responsabilidades y delegar autoridad en los puestos clave de la Institución para cumplir con los objetivos institucionales.
- II. Las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos deben determinar qué puestos clave son necesarios y establecerlos, asegurándose de que cada puesto tenga el nivel adecuado de autoridad para cumplir con sus obligaciones.

3.3. Documentación y Formalización del Control Interno:

- I. Las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos deben desarrollar y mantener actualizada la documentación y formalización del control interno para garantizar su diseño, implementación y operación adecuada.
- II. Esta documentación ayuda a comunicar al personal cómo, qué, cuándo, dónde y por qué se realizan los controles, y también sirve como evidencia de que los controles son identificados y supervisados de manera efectiva.
- III. La extensión de la documentación dependerá del juicio de la Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, el mandato institucional y las disposiciones legales aplicables.

4. Demostrar compromiso con la competencia profesional: La Institución es responsable de garantizar que se contraten, capaciten y retengan profesionales competentes en cada área y puesto, para alcanzar los objetivos organizacionales y mantener altos estándares de control interno.

4.1. Expectativas de Competencia Profesional:

- I. La Institución debe establecer expectativas claras de competencia profesional para los puestos clave y demás cargos, alineadas con los objetivos de la Institución.
- II. Estas expectativas deben considerar los estándares de conducta, las responsabilidades y la autoridad de cada puesto, asegurando que se adhieran a las políticas internas del Sistema de Control Interno.
- III. Es esencial que el personal mantenga un nivel adecuado de competencia profesional para cumplir con sus responsabilidades y entender la importancia del control interno. Además, la Institución debe evaluar regularmente la competencia del personal en toda la Institución.

4.2. Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales:

- I. La Institución debe implementar estrategias para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes, lo cual incluye la selección, capacitación, orientación en el desempeño, y el reforzamiento de la motivación y habilidades del personal.

4.3. Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias:

- I. La Institución debe contar con planes de sucesión para los puestos clave, asegurando la continuidad en el logro de los objetivos institucionales en caso de vacantes.
- II. Además, debe capacitar a las y los candidatos potenciales para los puestos clave y, si se utilizan servicios tercerizados para dichos puestos, evaluar su capacidad para continuar en estos roles.
- III. En caso de vacantes de puestos clave sin posibilidades inmediatas de ocupación, deben existir planes de contingencia para asegurar que las responsabilidades se cubran sin interrupciones.

5. Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas: La Institución tiene la responsabilidad de establecer una estructura clara que asegure la rendición de cuentas y que las y los trabajadores universitarios cumpla con sus obligaciones en materia de control interno.

5.1. Estructura para responsabilizar al personal universitario por sus obligaciones de Control Interno:

- I. La Institución debe crear y mantener una estructura que permita responsabilizar al personal universitario de manera clara y sencilla por sus funciones específicas en el ámbito del control interno, lo que forma parte de la rendición de cuentas institucional.
- II. La persona Titular de la Rectoría es responsable de evaluar y asegurarse de que la Administración cumpla con sus funciones en relación con el control interno.
- III. Si se establecen incentivos para el desempeño del personal universitario, las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos debe asegurarse de que estos estén alineados con los principios éticos y las normas de conducta de la Institución, evaluando posibles consecuencias no deseadas.
- IV. La Institución también debe responsabilizar a los servicios tercerizados por sus funciones relacionadas con el control interno en actividades que hayan sido contratadas.
- V. Bajo la supervisión de la persona Titular de la Rectoría, las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario para fortalecer la estructura de responsabilidad y asegurar la adecuada rendición de cuentas en la Institución.

5.2. Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal Universitario:

- I. La Institución debe equilibrar las presiones sobre el personal, evitando cargas excesivas que puedan afectar su desempeño.
- II. Es responsabilidad de la Institución evaluar las presiones sobre el personal universitario para asegurarse de que puedan cumplir con sus responsabilidades de acuerdo con las normas de conducta y el programa de integridad sin comprometer su bienestar.

SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Proceso dinámico que tiene como objetivo identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluyendo los riesgos de corrupción, que puedan afectar los procesos de la Institución. Este proceso se realiza mediante el análisis de factores que pueden generar riesgos y tiene como fin establecer estrategias y acciones para mitigar dichos riesgos, asegurando el logro de metas y objetivos institucionales de manera razonable, en

términos de eficacia, eficiencia y economía, todo dentro de un marco de transparencia y rendición de cuentas.

6. Definir Metas y Objetivos Institucionales: La persona Titular de la Rectoría, con el apoyo de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, es responsable de definir de manera clara y ordenada las metas y objetivos institucionales, mediante un Plan Institucional de Desarrollo. Esto asegura que las metas y objetivos estén alineados con el propósito general de la Institución y guíen sus acciones de manera eficaz.

- I. La Institución debe definir objetivos específicos y medibles, lo cual es esencial para el diseño del control interno y para gestionar los riesgos asociados.
- II. Los objetivos deben ser comunicados y entendidos en todos los niveles de la Institución. Deben alinearse con el mandato institucional, la misión y visión, el plan estratégico, y otros planes y programas aplicables, asimismo, deben definirse de forma medible tanto cuantitativa como cualitativamente, de modo que se pueda evaluar el desempeño y la eficacia de la Institución.
- III. La Institución debe considerar los requerimientos externos (como regulaciones, expectativas del gobierno, etc.) y las expectativas internas al definir los objetivos, ya que esto facilitará el diseño de un control interno adecuado.
- IV. La Institución debe evaluar y, si es necesario, replantear los objetivos para garantizar que sean coherentes con los requerimientos externos y las expectativas internas, además de estar alineados con el Plan Institucional de Desarrollo.
- V. La Institución debe determinar si los instrumentos e indicadores de desempeño son adecuados para evaluar de manera efectiva el progreso de la Institución hacia el logro de los objetivos definidos.

7. Identificar, analizar y responder a los riesgos: La Institución tiene la responsabilidad de identificar los riesgos en todos los procesos institucionales, analizar su relevancia y diseñar acciones adecuadas para responder a esos riesgos, con el fin de asegurar el logro de los objetivos institucionales.

7.1. Identificación de Riesgos:

- I. La Institución debe identificar los riesgos presentes en toda la Institución, asegurándose de que estos estén alineados con el Plan Institucional de Desarrollo, y cumplan con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica, así como las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.
- II. Al identificar los riesgos, la Institución debe considerar tanto el riesgo inherente, como el riesgo residual.
- III. La Institución debe tomar en cuenta todas las interacciones significativas tanto dentro de la organización como fuera de la misma.

7.2. Análisis de Riesgos:

- I. Una vez identificados, la Institución debe analizar los riesgos para determinar su relevancia, evaluando cómo estos pueden afectar el logro de los objetivos, tanto a nivel institucional como a nivel individual.
- II. La relevancia de los riesgos se debe estimar tomando en cuenta la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza del riesgo.

7.3. Respuesta a los Riesgos:

- I. La Institución debe diseñar respuestas a los riesgos identificados para asegurarse de que estos estén controlados adecuadamente, garantizando el cumplimiento de los objetivos de la Institución. Basándose en la respuesta seleccionada, la Institución debe desarrollar un Programa de Trabajo de Administración de Riesgos que provea una mayor garantía de que la Institución alcanzará sus objetivos. Además, la Institución debe realizar evaluaciones trimestrales, semestrales y anuales, dependiendo del nivel de ocurrencia e impacto de los riesgos para verificar la efectividad de las acciones implementadas para su mitigación.

8. Considerar el Riesgo de Corrupción: La Institución debe tener en cuenta la posibilidad de que ocurran actos como: corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la salvaguarda adecuada de los recursos públicos. Esta evaluación debe aplicarse principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, información y documentación, investigación y sanción, y en los trámites y servicios internos y externos.

8.1. Tipos de Corrupción:

- I. Informes Financieros Fraudulentos.
- II. Apropiación Indevida de Activos.
- III. Conflicto de Interés.
- IV. Uso Indevido de Recursos y Facultades.
- V. Pretensión de Beneficios.
- VI. Participación Indevida en la Selección o Contratación.
- VII. Aprovechamiento del Cargo para Beneficios Indevidos.
- VIII. Coalición para Obtener Ventajas Ilícitas.
- IX. Intimidación o Extorsión.
- X. Tráfico de Influencias.
- XI. Enriquecimiento Oculto.
- XII. Peculado.

8.2. Otras Transgresiones a la Integridad:

- I. El desperdicio excesivo de recursos sin un propósito claro.
- II. Abuso de autoridad.



- III. El uso del cargo para obtener beneficios ilícitos para las y los trabajadores universitarios o para un tercero.

8.3. Factores de Riesgo de Corrupción:

- I. **Presencia de Factores de Riesgo de Corrupción:** Estos incluyen el abuso, desperdicio y otras irregularidades, que pueden ser indicativos de riesgo de corrupción.
- II. **Correlación entre Factores:** Los riesgos de corrupción son mayores cuando más de uno de estos factores está presente simultáneamente.

8.4. Respuesta a los Riesgos de Corrupción:

- I. **Análisis de los Riesgos de Corrupción:** La Institución debe analizar los riesgos de corrupción de forma sistemática y dentro del mismo proceso que se emplea para otros tipos de riesgos. Debe considerar la relevancia tanto individual como en conjunto de estos riesgos.
- II. **Respuesta a los Riesgos de Corrupción:** La Institución debe diseñar respuestas a los riesgos de corrupción, utilizando el mismo proceso de respuesta que se aplica a otros riesgos institucionales. Esto podría incluir: implementar controles anticorrupción, reorganizar operaciones para fortalecer la segregación de funciones, y reasignar puestos entre las y los trabajadores universitarios para prevenir situaciones que favorezcan la corrupción.

9. Identificación, analizar y responder al cambio: La Institución debe estar preparada para identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan influir en la eficacia del control interno. Esto es esencial para mantener la efectividad de los procesos y la protección de los recursos institucionales frente a nuevos riesgos derivados de estos cambios.

TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL.

Conjunto de acciones críticas para el buen funcionamiento de la Institución, desde la prevención de riesgos hasta la garantía del cumplimiento de los objetivos. Su diseño y ejecución deben ser adecuados a los desafíos específicos de la Institución, con una fuerte implicación de todas las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos en su implementación.

10. Diseñar actividades de control: La Institución debe diseñar actividades de control que permitan mitigar los riesgos identificados, de manera que se logren los objetivos de la Institución con eficacia y eficiencia, asegurando la integridad y cumplimiento de las normas.

10.1. Respuesta a los Objetivos y Riesgos

- I. La Institución debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en respuesta los riesgos asociados con los objetivos institucionales.

10.2. Diseño de Actividades de Control Apropriadas

- I. La Institución debe diseñar actividades de control que aseguren el correcto funcionamiento del control interno y que ayuden a cumplir las responsabilidades institucionales, así como, enfrentar los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno, las actividades de control incluyen:
 - a. Revisión del desempeño de funciones o actividades.
 - b. Administración del capital humano.
 - c. Controles sobre el procesamiento de información y activos vulnerables.
 - d. Normas e indicadores de desempeño para asegurar el control continuo de las actividades.
 - e. Segregación de funciones para prevenir conflictos de interés y fraudes.
 - f. Ejecución de transacciones apropiadas y con registro exacto.
 - g. Restricciones de acceso a recursos y registros.
 - h. Documentación y formalización adecuada de las transacciones.
- II. Tipos de Actividades de Control
 - a. Actividades de control preventivas: Buscan evitar que la Institución no cumpla con un objetivo o enfrente un riesgo.
 - b. Actividades de control detectivas: Identifican problemas antes de que se completen las operaciones permitiendo corregir el curso de acción.
- III. La Administración debe evaluar el propósito de las actividades de control y el efecto que una deficiencia puede tener en el logro de los objetivos.
- IV. Las actividades de control pueden implementarse automáticamente o manual.

10.3. Diseño de actividades de control en varios niveles

- I. La Institución debe diseñar actividades de control en todos los niveles de la estructura organizacional para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos y riesgos en las operaciones y transacciones.
- II. Los controles pueden ser a nivel Institución, con un efecto generalizado sobre el control interno, o a nivel transacción, donde las actividades son integradas directamente en los procesos operativos. Los controles a nivel Institución afectan más de un componente de control y tienen un impacto amplio en el control interno, los controles a nivel transacción se integran a los procesos operativos, como verificaciones, conciliaciones, autorizaciones y supervisión.

10.4. Segregación de Funciones

Es un principio clave para prevenir corrupción, abuso y el desperdicio de recursos:

Evita que una sola persona tenga control sobre todas las fases de una operación. Esto es crucial para prevenir fraudes y conflictos de interés. En caso de que la segregación no sea práctica debido a recursos limitados, la Institución debe diseñar controles alternativos que mitigan estos riesgos.

11. Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC's: La Institución debe diseñar y desarrollar actividades de control que utilicen las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC's) para ayudar a la Institución a enfrentar los riesgos identificados y lograr los objetivos institucionales.

11.1. Desarrollo de los Sistemas de Información

- I. **Objetivo de los Sistemas de Información:** La Institución debe desarrollar los sistemas de información para que se cumplan los objetivos institucionales, y se respondan adecuadamente a los riesgos asociados con los procesos operativos.
- II. **Componentes del Sistema de Información:** Un sistema de información está compuesto por: Personal (las y los usuarios que interactúan con el sistema), Procesos (los procedimientos y flujos de trabajo), Datos (la información procesada y gestionada), y Tecnología (las herramientas tecnológicas que facilitan los procesos y el flujo de datos).
- III. **Evaluación de la Información:** La Institución debe asegurarse de que los sistemas de información respeten los objetivos de procesamiento de la información: integridad, exactitud y validez.

11.2. Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropriadas:

- I. **Controles Generales y de Aplicación:** Existen dos tipos de controles que deben diseñarse en los sistemas de información:
 - a. **Controles Generales:** Políticas y procedimientos que se aplican a todos los sistemas de información y aseguran un entorno adecuado para el funcionamiento de los controles de aplicación que incluyan:
 - 1) **Seguridad:** Protege la infraestructura y la información.
 - 2) **Acceso lógico y físico:** Restricción de acceso no autorizado.
 - 3) **Administración de configuración:** Control de las configuraciones del sistema.
 - 4) **Segregación de funciones:** Para evitar conflictos de interés y fraudes.
 - 5) **Planes de continuidad y recuperación ante desastres:** Preparación ante fallas en el sistema.
 - b. **Controles de Aplicación:** Son controles específicos que se integran directamente en las aplicaciones para asegurar la validez, integridad, exactitud y confidencialidad de las transacciones y datos. Incluyen:
 - 1) **Entradas:** Validación de datos ingresados en el sistema.
 - 2) **Procesamiento:** Asegurar que los datos sean procesados correctamente.
 - 3) **Salidas:** Garantizar la precisión y confiabilidad de los resultados generados.
 - 4) **Archivos maestros:** Control sobre los registros permanentes.
 - 5) **Interfaces:** Asegurar la correcta integración de sistemas.
 - 6) **Administración de datos:** Protección de la información almacenada.

11.3. Diseño de la Infraestructura de las TIC's

- I. **Infraestructura de TIC's:** La Institución debe diseñar actividades de control sobre la infraestructura tecnológica (redes, equipos, comunicaciones) para asegurar que la información procesada sea integral, precisa y válida.
- II. **Evaluación de Cambios en TIC's:** La Institución debe mantenerse atenta a los cambios que puedan surgir en el uso de las TIC's y diseñar actividades de control que respondan a estos cambios. La infraestructura tecnológica debe mantenerse mediante procedimientos de respaldo de información y planes de continuidad ante posibles fallas.

11.4. Diseño de la Administración de la Seguridad

- I. La Institución debe diseñar controles sobre la seguridad de los sistemas de información para garantizar que los datos sean confidenciales, integrales y disponibles. Los controles de seguridad deben incluir:
 - a. **Permisos de acceso:** Definir quién puede acceder a qué información y qué acciones puede realizar.
 - b. **Control de accesos:** Utilización de claves de acceso, dispositivos de seguridad y otros mecanismos para autorizar usuarios.
 - c. **Evaluación de amenazas:** La Administración debe evaluar amenazas internas y externas para proteger los sistemas de información.

11.5. Desarrollo y Mantenimiento de las TIC's

- I. **Ciclo de Vida del Desarrollo de Sistemas (CVDS):** La Institución debe diseñar controles para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's. Se puede aplicar un CVDS para asegurar que se documenten y aprueben todas las fases del proceso de desarrollo de las TIC's. Esto incluye:
 - a. **Fases del Ciclo de Vida:** Planeación, diseño, desarrollo, pruebas, implementación y mantenimiento.
 - b. **Actividades de control:** En cada fase del CVDS, deben existir controles para garantizar la integridad y la calidad del software desarrollado.
- II. **Selección y Mantenimiento de Software:** La Institución debe establecer controles rigurosos para la adquisición y mantenimiento del software. Los cambios no autorizados en el software deben ser prevenidos mediante controles específicos.
- III. **Servicios Tercerizados:** Cuando se contratan servicios tercerizados para el desarrollo de TIC's, la Institución debe evaluar los riesgos asociados, como el acceso no autorizado a los datos o la pérdida de confidencialidad de la información.

12. Implementar actividades de control: Para implementar de manera efectiva las actividades de control, es esencial que la Institución formalice, documente y comunique las responsabilidades y políticas asociadas con el control interno en todos los niveles de la organización. Esto proporciona claridad y dirección sobre el cumplimiento de los objetivos y

la gestión de los riesgos. Además, las revisiones periódicas permiten ajustar los controles de acuerdo con los cambios en el entorno operativo, asegurando que la Institución continúe siendo eficiente y eficaz en su misión institucional.

CUARTA. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La información y la comunicación son elementos clave para el logro de los objetivos institucionales, especialmente dentro de un sistema de control interno efectivo. La Institución debe garantizar que los mecanismos de información sean eficaces, con información relevante, precisa y accesible tanto dentro de la Institución como hacia el exterior.

13. Usar información relevante y de calidad: La Institución debe establecer los medios adecuados para que las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos generen, utilicen y gestionen información relevante y de calidad que apoyen el logro de las metas y objetivos institucionales, además de respaldar el Sistema de Control Interno Institucional (SCII). La correcta utilización de la información es esencial para una toma de decisiones informada y para el cumplimiento efectivo de los objetivos institucionales.

13.1. Identificación de los requerimientos de información: La Institución tiene la responsabilidad de establecer políticas claras sobre cómo identificar, obtener y procesar la información relevante dentro de los sistemas de control interno. También debe asegurarse de que las y los responsables de la gestión de información en la Institución cuenten con los recursos y el conocimiento necesario para llevar a cabo estas actividades de manera eficiente.

13.2. Datos relevantes de fuentes confiables: La Institución debe asegurar que los datos recolectados sean confiables y que el proceso de transformación en información de calidad esté alineado con los objetivos y riesgos de la Institución.

13.3. Datos procesados en información de calidad: El SCII debe monitorear continuamente la calidad de la información utilizada en la toma de decisiones, garantizando que sea relevante, precisa y oportuna. Esto permite que la Institución tenga la capacidad de tomar decisiones informadas para cumplir con los objetivos institucionales y enfrentar los riesgos de manera adecuada.

14. Comunicar internamente: La responsabilidad de la Institución es garantizar que se establezcan mecanismos apropiados para difundir información relevante y de calidad.

14.1. Comunicación en toda la organización: La Institución debe garantizar que la información fluya adecuadamente a través de todos los niveles de la organización, utilizando las líneas de reporte y autoridad. Esto incluye la comunicación hacia abajo, lateral y hacia arriba, permitiendo que el personal desempeñe funciones clave y apoye los objetivos institucionales, el control interno, la gestión de riesgos y la prevención de la corrupción.



La Institución debe recibir información relevante sobre los procesos operativos para apoyar la consecución de los objetivos institucionales. Además, la persona Titular de la Rectoría debe recibir información sobre el control interno, incluyendo aspectos importantes relacionados con la adhesión, cambios o problemas emergentes, garantizando una vigilancia efectiva del control interno.

14.2. Métodos adecuados de comunicación: La Institución debe seleccionar métodos de comunicación apropiados según factores como la audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, los requisitos legales y el costo.

La Institución debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o en formato electrónico, o reuniones con el personal. También es importante evaluar periódicamente estos métodos para asegurar una comunicación efectiva y oportuna.

15. Comunicar externamente: La responsabilidad de la Institución es establecer mecanismos adecuados para la comunicación externa, asegurando que la información relevante se difunda de manera apropiada y conforme a las disposiciones legales.

15.1. Comunicación con partes externas: La Institución debe mantener líneas de comunicación abiertas y bidireccionales con partes externas, como proveedores, contratistas, auditores, instituciones gubernamentales y el público en general. Esto permite la transmisión de información de calidad y facilita la colaboración para alcanzar los objetivos institucionales, enfrentar riesgos y gestionar el control interno.

15.2. Métodos apropiados de comunicación: La Institución debe seleccionar métodos adecuados de comunicación externa, considerando factores como la audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo y los requisitos legales. También debe evaluar periódicamente estos métodos para asegurar que se cuenta con las herramientas necesarias para comunicar eficazmente.

QUINTA. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA

La supervisión es una actividad clave, dirigida por las y los responsables designados por la persona Titular de la Rectoría, para asegurar que el control interno se optimice continuamente mediante la evaluación de su eficacia, eficiencia y economía.

La supervisión es una responsabilidad institucional en cada uno de los procesos realizados. Esta función puede complementarse con auditorías realizadas por el Órgano Interno de Control y otras instancias fiscalizadoras, que aportan una supervisión adicional en distintos niveles de la Institución.

El SCII debe mantenerse en un proceso constante de supervisión y mejora continua. El propósito es asegurar que cualquier insuficiencia o deficiencia detectada, ya sea durante la supervisión interna o a través de instancias fiscalizadoras, se resuelva de manera oportuna, dentro de los plazos establecidos. Además, se debe identificar y abordar la causa raíz de los problemas para evitar que se repitan.

Para la aplicación de los presentes lineamientos, la persona Titular de la Rectoría, y las personas Titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

16. Realizar actividades de supervisión: La Institución debe implementar actividades para supervisar y evaluar continuamente el control interno dentro de la organización, con el objetivo de garantizar su eficacia, eficiencia y mejora constante.

16.1. Establecimiento de bases de referencia: La Institución debe establecer bases de referencia para evaluar el control interno, que permitan comparar el estado actual del control con el diseño previsto. Las bases de referencia deben revelar debilidades y deficiencias en el control interno, ayudando a identificar áreas de mejora.

Una vez que se han establecido las bases de referencia, la Institución debe usarlas como criterio para evaluar el control interno y realizar los ajustes necesarios. Esto incluye realizar revisiones periódicas de estas bases para asegurarse de que el diseño y la operación del control interno sean efectivos ante los riesgos y objetivos institucionales.

16.2. Supervisión del control interno: La supervisión del control interno se debe realizar principalmente a través de autoevaluaciones, las cuales están integradas en las operaciones diarias de la Institución y responden a los cambios. Estas evaluaciones deben ser continuas y permitir ajustes inmediatos al control interno. Se pueden usar herramientas automatizadas para mejorar la objetividad y eficiencia de las autoevaluaciones.

Además de las autoevaluaciones, la Institución puede utilizar evaluaciones independientes para obtener una visión externa sobre la eficacia del control interno. Las auditorías y otras evaluaciones externas permiten revisar tanto el diseño como la implementación de los controles, proporcionando una evaluación más objetiva y detallada.

Así mismo, la Institución debe supervisar que el control interno también sea eficaz para los servicios tercerizados. Esto incluye asegurarse de que los controles internos aplicados a estos servicios sean adecuados, utilizando tanto autoevaluaciones como evaluaciones independientes para garantizar su efectividad.

16.3. Evaluación de resultados: La Institución debe evaluar y documentar los resultados de las autoevaluaciones y las evaluaciones independientes para identificar problemas en el control interno. Estas evaluaciones sirven para determinar si el control es eficaz y apropiado para los objetivos y procesos de la Institución.

También debe estar atenta a los cambios ocurridos en la Institución y su entorno, para ajustar el control interno en consecuencia. Además, las partes externas (como

ciudadanos, público general, o auditores) pueden contribuir al identificar problemas a través de quejas, denuncias u observaciones de los cuerpos reguladores o revisores.

17. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias: La Institución debe gestionar los problemas de control interno, asegurando que las deficiencias sean identificadas, comunicadas, evaluadas y corregidas de manera efectiva para garantizar el adecuado funcionamiento del control interno dentro de la Institución.

17.1. Informe sobre problemas: Las y los trabajadores universitarios deben reportar los problemas de control interno detectados, tanto a las y los responsables de adoptar medidas correctivas como a las personas Titulares de la Rectoría, Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, a través de las líneas de reporte establecidas. La Institución es responsable de corregir las deficiencias, documentar las medidas correctivas implementadas y asegurarse de que las acciones sean llevadas a cabo de manera oportuna.

17.2. Evaluación de problemas: La Institución debe evaluar y documentar los problemas de control interno detectados. A partir de esta evaluación, se deben determinar las acciones correctivas adecuadas para abordar los problemas y deficiencias identificados. Además, se deben asignar responsabilidades y delegar autoridad para la remediación de las deficiencias.

17.3. Acciones correctivas: La Institución debe implementar acciones correctivas de manera oportuna para corregir las deficiencias de control interno. La Institución debe revisar la corrección de las deficiencias, comunicar las medidas correctivas al nivel adecuado de la estructura organizativa y delegar la responsabilidad y autoridad correspondiente para ejecutar las acciones correctivas.

CAPÍTULO II

RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Artículo 9. De las responsabilidades del Control Interno. El control interno es corresponsabilidad de la persona Titular de la Rectoría y del Órgano Interno de Control de la Universidad, quienes lo implementan en coordinación con las y los Funcionarios Universitarios y con el apoyo de las y los Trabajadores Universitarios; quienes deberán cumplir en materia del presente ordenamiento con las siguientes funciones:

I.- Funciones Genéricas: Las personas Titulares de las Unidades Administrativas, Unidades Académicas e Institutos y las y los Trabajadores Universitarios, son responsables de:

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

- b. Evaluar el SCII verificando el cumplimiento de los componentes y principios de control, así como proponer las acciones de mejora e implementarlas en las fechas y forma establecidas, en un proceso de mejora continua.

II.- Funciones específicas de la persona Titular de la Rectoría de la Universidad:

- a. Determinar las metas y objetivos de la Institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Institución para la consecución de los objetivos del PIDE y demás planes y programas; así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;
- b. Establecer y mantener un SCII apropiado que se ejecute y actualice conforme a los componentes de control interno y sus principios; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
- c. Supervisar que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda;
- d. Verificar que el control interno se evalúe en su diseño, implementación y eficacia operativa, así como se atiendan las deficiencias o áreas de oportunidad detectadas;
- e. Aprobar el PTCI y el PTAR para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por las y los responsables de su atención;
- f. Aprobar la metodología para la administración de riesgos;
- g. Instruir y supervisar que las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, la persona Titular de la Coordinación de Control Interno y la persona Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional y acordarán la metodología de administración de riesgos.
- h. Ordenar a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, y a las y los Trabajadores Universitarios 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 PTAR.

III.- Funciones específicas de la persona Titular de la Coordinación de Control Interno:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a. Fungir como canal de comunicación e interacción con la Institución y el Órgano Interno de Control, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII;
- b. Acordar con la persona Titular de la Rectoría de la Institución las acciones para la implementación y operación del modelo de Control Interno adecuado;

- c. Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Institución;
- d. Revisar con la persona Enlace del SCII y la persona Titular de la Rectoría de la Institución el Informe Anual, el PTCI original y actualizado, y el Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

En la Administración de Riesgos:

- a. Acordar con la persona Titular de la Rectoría de la Institución la metodología de Administración de Riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las personas Titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, por conducto de la persona Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;
- b. Comprobar que la metodología para la administración de riesgos se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión;
- c. Convocar a las personas Titulares de las Dependencias Administrativas de la Institución, a la persona Titular del Órgano Interno de Control y a la persona Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el grupo de trabajo que definirá la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, para la autorización de la persona Titular de la Rectoría, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;
- d. Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en los presentes Lineamientos y ser el canal de comunicación con la persona Titular de la Rectoría de la Institución y la persona Enlace de Administración de Riesgos;
- e. Revisar los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y el PTAR, conjuntamente con la persona Enlace de Administración de Riesgos.
- f. Revisar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos;
- g. Presentar anualmente para firma de la persona Titular de la Rectoría de la Institución y la persona Enlace de Administración de Riesgos la Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos;
- h. Difundir la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR Institucionales, e instruir la implementación del PTAR a las y los funcionarios universitarios responsables de las acciones de control comprometidas;
- i. Comunicar a la persona Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y al PTAR Institucionales determinados en el comité, según corresponda;
- j. Verificar que se registren en el Sistema Informático los reportes de avances

trimestrales del PTAR;

- k. Presentar los documentos descritos en el inciso g) de esta fracción III, en la primera sesión ordinaria de cada ejercicio del COCODI según corresponda, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

- a. Determinar, conjuntamente con la persona Titular de la Presidencia y de la Vocalía Ejecutiva, los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y reflejarlos en el Orden del Día; así como, la participación de las y los responsables de las áreas competentes de la Institución;
- b. Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y competente, e instruir a la persona Enlace del Comité sobre la conformación de la carpeta electrónica, en los diez días hábiles previos a la celebración de la sesión.
- c. Solicitar a la persona Enlace del Comité que incorpore al sistema informático la información que compete a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos para la conformación de la carpeta electrónica, a más tardar cinco días hábiles previos a la celebración de la sesión.

IV.- Funciones específicas de la persona Enlace del SCII:

- a. Fungir como el canal de comunicación e interacción entre la persona Titular de la Coordinación de Control Interno y las Dependencias Administrativas de la Institución, Unidades Académicas e Institutos;
- b. Definir las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;
- c. Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;
- d. Revisar con las y los responsables de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de componentes de control interno y sus principios;
- e. Realizar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión de la persona Titular de la Coordinación de Control Interno;
- f. Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión de la persona Titular de la Coordinación de Control Interno;
- g. Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avances Trimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo a la persona Titular de la Coordinación de Control Interno;
- h. Incorporar en el Sistema Informático el Informe Anual, el PTCI y el Reporte de Avances Trimestral, revisados y autorizados.

V.- Funciones específicas de la persona Enlace de Administración de Riesgos:

- a. Fungir como el canal de comunicación e interacción con la persona Titular de la Coordinación de Control Interno y las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos responsables de la administración de riesgos;
- b. Informar y orientar a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;
- c. Revisar y analizar la información proporcionada por las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos en forma integral, a efecto de elaborar y presentar a la persona Titular de la Coordinación de Control Interno los proyectos Institucionales de la Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.
- d. Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
- e. Dar seguimiento permanente al PTAR y actualizar el Reporte de Avance Trimestral;
- f. Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y el PTAR, los riesgos adicionales determinados en el Comité según corresponda.
- g. Incorporar en el Sistema Informático la Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y el PTAR; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos.

VI.- Funciones específicas de la persona Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional:

- a. Fungir como el canal de comunicación e interacción entre la persona Titular de la Coordinación de Control Interno y las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos de la Institución;
- b. Solicitar a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos de la Institución la información suficiente, relevante y competente para la integración de la carpeta electrónica con diez días hábiles de anticipación a la celebración del Comité;
- c. Remitir a la persona Titular de la Coordinación de Control Interno la información Institucional consolidada para su revisión y validación;
- d. Integrar y capturar la carpeta electrónica para la consulta oportuna de las personas convocadas, con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión;
- e. Registrar en el Sistema Informático el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

VII.- Funciones específicas de la persona Titular del Órgano Interno de Control:

En el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:

- a. Asesorar y apoyar a la Institución de forma permanente en el mantenimiento y fortalecimiento del SCII;
- b. Promover y vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, se cumplan en tiempo y forma;

En la Administración de Riesgos:

- c. Apoyar a la Institución de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el proceso de administración de riesgos;
- d. Fomentar que las acciones de control que se comprometan en el PTAR, se orienten a: evitar, reducir, asumir, transferir o compartir los riesgos;
- e. Emitir opiniones no vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya la persona Enlace de Administración de Riesgos;
- f. Evaluar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y
- g. Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

- h. Incorporar al Sistema Informático en la carpeta electrónica del Comité la información de su competencia.

CAPÍTULO III

EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SECCIÓN I

EVALUACIÓN DEL SCII

Artículo 10. De la evaluación del SCII. El SCII deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por las y los responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos) en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los componentes de control interno y sus principios, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

- I. Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control de por lo menos cinco procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos) y como máximo los que determine la Institución conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

- II. La Institución determinará los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos) para la

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

- III. Se podrá seleccionar cualquier proceso prioritario (sustantivo y adjetivo), utilizando alguno o varios de los siguientes criterios:
 - a. Los contenidos referentes del PIDE, del Plan Nacional de Desarrollo y del Plan Estatal de Desarrollo.
 - b. Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Institución.
 - c. Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan a la comunidad universitaria, así como las concesiones otorgadas a terceros.
 - 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. En función a los recursos presupuestales asignados a la Institución.
 - 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.

La Persona Enlace del Sistema de Control Interno deberá informar al Comité en el mes de noviembre de cada año, los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos) en los cuales realizó la evaluación del SCII.

Artículo 11. De los elementos de evaluación del SCII. La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de las cinco componentes de Control Interno y sus principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

I. Ambiente de Control

- a. Las y los trabajadores universitarios conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión;
- b. Los objetivos y metas derivados del PIDE están comunicados y asignados a las y los funcionarios universitarios responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento;
- c. La Institución cuenta con un Comité de Ética establecido para difundir y evaluar el cumplimiento del Código Ético Universitario y del Código de Conducta aplicables a las y los trabajadores administrativos de base y de confianza de la UAEM;
- d. Se aplican al menos una vez al año encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad; se determinan acciones de mejora, se brinda seguimiento y se evalúan sus resultados;

- e. La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos;
- f. Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos institucionales;
- g. Los manuales administrativos que intervienen en los procesos están alineados a los objetivos y metas institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable, y
- h. Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

II. Administración de Riesgos

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

III. Actividades de Control

- a. Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC's;
- b. Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;
- c. Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales;
- d. Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;
- e. Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia;
- f. Se identifica en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno

- determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un PTCI para su seguimiento y atención;
- g. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;
 - h. Las recomendaciones y acuerdos del Comité, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;
 - i. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;
 - j. Se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC's en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren;
 - k. En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's; e

IV. Informar y Comunicar

- a. Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, válida y verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;
- b. Se tiene implementado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;
- c. Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable; información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso;
- d. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Comité, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;
- e. Se tiene implementado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias, y
- f. Se cuenta con un sistema de información que de manera integral, oportuna y confiable permita a la alta dirección y, en su caso, al Órgano Interno de Control realizar seguimientos y tomar decisiones.

V. Supervisión y Mejora Continúa

- a. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de control interno;
- b. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre las TIC'S, se utilizan para retroalimentar a cada uno de las y los responsables y mejorar el proceso, y

- c. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y adjetivos de la Rectoría, Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, y del Órgano Interno de Control o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

La persona Titular de la Coordinación de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que las y los responsables de los procesos prioritarios seleccionados apliquen la evaluación con objeto de verificar la existencia y suficiencia de los elementos de control.

Las y los responsable del proceso deberán establecer y comprometer acciones de mejora en el PTCI, cuando se identifiquen debilidades del mismo o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII.

Artículo 12. Evaluación de los elementos adicionales. Con el propósito de fortalecer el SCII y que sea adaptable a las particularidades institucionales, la persona Titular de la Coordinación de Control Interno podrá incorporar en la evaluación e implementación, elementos de control adicionales a los previstos en los presentes Lineamientos.

El Órgano Interno de Control podrá recomendar la incorporación de elementos de control adicionales a los previstos en esta normativa en virtud de las deficiencias que llegase a identificar en el SCII, sin embargo, será la persona Titular de la Coordinación de Control Interno quien valorará la viabilidad y pertinencia de la inclusión de dichos elementos de control adicionales.

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

SECCIÓN II

INFORME ANUAL DEL SCII

Artículo 13. Presentación. Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación, la persona Titular de la Rectoría presentará con su firma autógrafa un Informe Anual del estado que guarda el SCII al Comité en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio, debiendo remitir copia a la persona Titular del Órgano Interno de Control a más tardar el 31 de enero de cada año.

Artículo 14. Apartados del informe anual. El Informe Anual que guarda el estado del SCII y se integrará con los siguientes apartados:

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

- a. Porcentaje estimado de cumplimiento general de los elementos de control y por Componente de Control Interno;

- b. Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por Componente de Control Interno;
- c. Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por Componente de Control Interno, y
- d. Debilidades o áreas de oportunidad en el SCII.

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

III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCI. La evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo, ambos documentos se incorporarán en el sistema informático.

Artículo 15. Autorización extemporánea del informe anual. El Comité podrá autorizar a la persona Titular de la Rectoría la presentación del informe anual con fecha distinta al 31 de enero de cada año, por caso fortuito o causas de fuerza mayor.

SECCIÓN III

INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PTCI

Artículo 16. Integración y acciones de mejora del PTCI. El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los componentes de control, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SCII, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes, también deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de mejora, las Dependencia Administrativa, Unidades Académicas e Institutos, y las y los responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización de la persona Titular de la Rectoría, de revisión de la persona Titular de la Coordinación de Control Interno y de la elaboración de la persona Enlace del SCII.

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

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

Artículo 17. Actualización del PTCl. El PTCl podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por la persona Titular del Órgano Interno de Control, derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCl original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Institución. El PTCl actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la segunda sesión ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

Artículo 18. Reporte de avances del PTCl.

- I. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCl deberá realizarse periódicamente por la persona Titular de la Coordinación de Control Interno para informar trimestralmente a la persona Titular de la Rectoría el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:
 - a. Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;
 - b. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité;
 - c. Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el SCII; y
 - d. Firma de la persona Titular de la Coordinación de Control Interno y de la persona Enlace del mismo.
- II. La persona Titular de la Coordinación de Control Interno deberá presentar dicho reporte:
 - a. A la persona Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los quince días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, para que esa instancia pueda emitir su informe de evaluación,
 - b. Al Comité, a través del Sistema Informático, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada trimestre. El primer reporte de avance trimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria.

Artículo 19. Reporte de Evaluación del OIC al reporte de avances trimestral del PTCl.

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

- I. A la persona Titular de la Rectoría y de la Coordinación de Control Interno, dentro de los quince días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCl,

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

SECCIÓN IV

EVALUACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL INFORME ANUAL Y PTCI

Artículo 20. Informe de Resultados. La persona Titular del Órgano Interno de Control evaluará el Informe Anual del estado que guarda el SCII y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados a la Persona Titular de la Rectoría y al Comité, a más tardar el último día hábil del mes de febrero de cada año.

Artículo 21. Contenido y criterios de elaboración del informe de resultados. El Informe de Resultados de la evaluación de la persona Titular del Órgano Interno de Control deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

- I. La evaluación aplicada por la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;
- II. La evidencia impresa y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado;
- III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el SCII, y
- IV. Conclusiones y recomendaciones.

Las personas Titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos deberán atender en todo momento los requerimientos de información que les formule el Órgano Interno de Control, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a dicha autoridad universitaria los presentes Lineamientos y las demás disposiciones aplicables.

TITULO TERCERO

METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

CAPÍTULO I

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Artículo 22. Etapa inicial del proceso de administración de riesgos. El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año, con la participación de las personas Titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, la persona Titular del Órgano Interno de Control, la persona Titular

de la Coordinación de Control Interno y la persona Enlace de Administración de Riesgos, con el objetivo de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz de Administración de Riesgos y el PTAR, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

Artículo 23. De la formalización y etapas de la metodología. La metodología general de Administración de Riesgos que se describe en el presente numeral deberá tomarse como base para el manejo de la misma, la cual deberá estar debidamente autorizada por la persona Titular de la Rectoría y documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos.

Las etapas de la metodología general de Administración de Riesgos son:

I. Comunicación y Consulta. Se realizará conforme a lo siguiente:

- a. Considerar el PIDE e identificar tanto las metas y objetivos de la Institución como los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos), así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos;
- b. Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento, e
- c. Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción.

Lo anterior debe tener como propósito:

- a. Establecer un contexto apropiado;
- b. Asegurar que los objetivos, metas y procesos de la Institución sean comprendidos y considerados por las y los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos;
- c. Confirmar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y
- d. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos para el adecuado análisis de los riesgos.

II. Contexto. Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

- a. Describir el entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad, según sea el caso a nivel internacional, nacional y estatal.
- b. Desarrollar las situaciones intrínsecas a la Universidad relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos y estrategias, recursos humanos, materiales y financieros, programas académicos y presupuestarios, así como la evaluación de su desempeño y su capacidad tecnológica bajo las cuales se pueden identificar sus fortalezas y debilidades para responder a los riesgos que sean detectados.

- c. Identificar, seleccionar y agrupar los enunciados definidos como supuestos en los procesos de la Institución, a fin de contar con un conjunto sistemático de eventos adversos de realización incierta que tienen el potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este conjunto deberá utilizarse como referencia en la identificación y definición de los riesgos.
- d. Referir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales.

III. Evaluación de Riesgos. Se realizará conforme a lo siguiente:

- a) Identificación, selección y descripción de riesgos. Se realizará con base en las metas y objetivos institucionales, y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucional. En la descripción de los riesgos se deberá considerar la siguiente estructura general: sustantivo, verbo en participio y, adjetivo o adverbio o complemento circunstancial negativo. Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.
- b) Nivel de decisión del riesgo. Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo a lo siguiente:
 - 1. Estratégico: Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales;
 - 2. Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la Institución, y
 - 3. Operativo: Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por las y los responsables de su ejecución.
- c) Clasificación de los riesgos. Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo: sustantivo, administrativo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC S; de salud; de corrupción y otros.
- d) Identificación de factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:
 - 1. Humano: Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas.
 - 2. Financiero Presupuestal: Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos.
 - 3. Técnico-Administrativo: Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.
 - 4. TIC S: Se relacionan con los sistemas de información y comunicación

- automatizados;
5. Material: Se refieren a la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos.
 6. Normativo: Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la Universidad en la consecución de las metas y objetivos.
 7. Entorno: Se refieren a las condiciones externas a la Universidad, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.
- e) Tipo de factor de riesgo: Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:
- Interno: Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la Universidad;
 - Externo: Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la Universidad.
- f) Identificación de los posibles efectos de los riesgos. Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, en caso de materializarse el riesgo identificado;
- g) Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo con lo establecido por la Institución.
- h) Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10, en función de los factores de riesgo, de acuerdo con lo establecido por la Institución.

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.

IV. Evaluación de Controles. Se realizará conforme a lo siguiente:

- a. Comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
- b. Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
- c. Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo.
- d. Identificar en los controles lo siguiente:
 1. Deficiencia: Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:
 - a) Está documentado: Que se encuentra descrito.
 - b) Está formalizado: Se encuentra autorizado por una persona funcionaria universitaria facultada.
 - 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.
 2. Suficiencia: Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.

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

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

- a. La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;
- b. Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;
- c. Si alguno de los controles del riesgo es deficiente, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial, y
- d. La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de controles.
- e. Para la valoración del impacto y de la probabilidad de ocurrencia antes y después de la evaluación de controles, se podrán utilizar metodologías, modelos y/o teorías basadas en cálculos matemáticos, tales como puntajes ponderados, cálculos de preferencias, proceso de jerarquía analítica y modelos probabilísticos, entre otros.

VI. Mapa de Riesgos. Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical. La representación gráfica del Mapa de Riesgos deberá contener los cuadrantes siguientes:

- a. **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;
- b. **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;
- c. **Riesgos Controlados.** Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes, y
- d. **Riesgos de Seguimiento.** Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

VII. Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos. Se realizará considerando lo siguiente:

- a. Las estrategias constituirán las opciones y/o políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones

de control a implementar por cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:

1. Evitar el riesgo. - Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que sí una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.
 2. Reducir el riesgo. - Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia (acciones de prevención) y el impacto (acciones de contingencia), tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles.
 3. Asumir el riesgo. - Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III, Riesgos Controlados de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.
 4. Transferir el riesgo. - Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumirlo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos:
 - a) Protección o cobertura: Cuando la acción que se realiza para reducirla exposición a una pérdida obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.
 - b) 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.
 - c) Diversificación: Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia, la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.
 5. Compartir el riesgo. - Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos de la Universidad, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.
- b. Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, las cuales se incorporarán en el PTAR.

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

Artículo 24. Los riesgos de corrupción. En la identificación de riesgos de corrupción se podrá aplicar la metodología general de administración de riesgos regulada en los presentes Lineamientos, tomando en consideración para las etapas que se enlistan los siguientes aspectos:

- I. Comunicación y consulta. 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.
- II. Contexto. Para el caso de los riesgos de corrupción, las causas se establecerán a partir de la identificación de las debilidades (factores internos) y las amenazas (factores externos) que pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a tales riesgos.
- III. Evaluación de riesgos respecto a controles. Tratándose de los riesgos de corrupción se clasificarán con un 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 públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

Artículo 25. Tolerancia al riesgo. Se deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos de la Universidad. En donde la tolerancia al riesgo se debe considerar como el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento cabal del objetivo estratégico, respecto de su grado real de cumplimiento. Una vez definidos los niveles de tolerancia, las y los responsables de cada riesgo deben supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia, mediante indicadores que para tal efecto establezcan, reportando oportunamente en caso de excederse los mismos a la persona Titular de la Rectoría y de la Coordinación del Control Interno.

Artículo 26. Servicios tercerizados. La Universidad conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos, por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará a la persona responsable de los mismos, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar la implementación y operación de los controles, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno de la Institución.

CAPÍTULO II

SEGUIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Artículo 27. Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará y concluirá el PTAR, a más tardar el último día hábil de diciembre de cada año, debidamente firmado por la persona Titular de la Rectoría, de la Coordinación del Control Interno y de la persona Enlace de Administración de Riesgos e incluirá:

- I. Los riesgos;
- II. Los factores de riesgo;
- III. Las estrategias para administrar los riesgos, y
- IV. Las acciones de control, las cuales deberán identificar:
 - a. Dependencia Administrativa, Unidad Académica e Instituto;
 - b. Responsable de su implementación;
 - c. Las fechas de inicio y término, y
 - d. Medios de verificación.

Artículo 28. Reporte de Avances Trimestral del PTAR de los resultados esperados. El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por la persona Titular de la Coordinación del Control Interno y la persona Enlace de Administración de Riesgos para informar trimestralmente a la persona Titular de la Rectoría el resultado, a través del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

- I. Avance porcentual 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 las mismas, así como las pendientes sin avance;
- II. 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;
- III. 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 SCII y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
- IV. Firmas de la persona Titular de la Coordinación del Control Interno y de la persona Enlace de Administración de Riesgos.

La persona Titular de la Coordinación del Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Trimestral del PTAR a las siguientes instancias:

- I. A la persona Titular del Órgano Interno de Control, dentro de los quince días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación, y
- II. Al Comité, a través del sistema informático, 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, y
- d. Reporte de Avances del cuarto trimestre en la primera sesión de cada año.

Artículo 29. Evidencia documental del PTAR. La evidencia impresa y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por las y los trabajadores universitarios responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional y deberá ponerse a disposición del Órgano Interno de Control, a través de la persona Enlace de Administración de Riesgos.

Artículo 30. Informe de Evaluación del OIC al Reporte de Avances Trimestral del PTAR. La persona Titular del Órgano Interno de Control presentará en las sesiones ordinarias del Comité, su informe de evaluación de cada uno de los aspectos del Reporte de Avances Trimestral del PTAR, como sigue:

- I. A la persona Titular de la Rectoría, dentro de los quince días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTAR, y
- II. Al Comité, a través del sistema informático, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

Artículo 31. Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos. Se realizará un Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior, y contendrá al menos lo siguiente:

- I. Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos;
- II. Comparativo del total de riesgos por cuadrante;
- III. Variación del total de riesgos y por cuadrante; y
- IV. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

El Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y la persona Titular de la Rectoría lo informará al Comité, a través del sistema informático, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

TITULO CUARTO

COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I

DE LOS OBJETIVOS DEL COMITÉ

Artículo 32. Objetivos del Comité. La persona Titular de la Rectoría, y las personas Titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos instalarán y encabezarán el Comité de Control y Desempeño Institucional, el cual tendrá los siguientes objetivos:

- I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;
- II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;
- III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;
- IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;
- V. Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTCI y acciones de control del PTAR;
- VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones del Órgano Interno de Control, atendiendo la causa raíz de las mismas; y
- VII. Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten.

CAPÍTULO II INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

Artículo 33. De la integración del Comité. El Comité estará integrado de la siguiente manera, quienes tendrán voz y voto:

- I. Presidencia: Persona Titular de la Rectoría de la Institución.
- II. Coordinación de Control Interno; Persona designada por la persona Titular de la Presidencia.
- III. Vocalía Ejecutiva: Persona Titular del Órgano Interno de Control;
- IV. Enlace del Sistema de Control Interno Institucional; Persona designada por la persona titular de la Coordinación de Control Interno.
- V. Enlace de Administración de Riesgos; Persona designada por la persona titular de la Coordinación de Control Interno.
- VI. Enlace del Comité de Control y Desempeño Institucional; Persona designada por la persona titular de la Coordinación de Control Interno.
- VII. Vocales; las personas titulares de las siguientes Dependencias Administrativas o su equivalente.
 1. Persona Titular de la Secretaría General;

2. Persona Titular de la Secretaría Académica;
3. Persona Titular de la Secretaría de Extensión Universitaria;
4. Persona Titular de la Tesorería General;
5. Persona Titular de la Oficina de la Abogacía General;
6. Persona Titular de la Consejería Jurídica;
7. Persona Titular de la Dirección General de Planeación y Desarrollo Institucional;
8. Persona Titular de la Dirección General de Tecnologías de Información y de Comunicación;
9. Persona Titular de la Dirección General de Infraestructura.

La integración del Comité podrá ser modificada a propuesta de la Persona Titular de la Rectoría con la aprobación de los integrantes del Comité, quedando por escrito en los acuerdos del acta de sesión correspondiente.

Artículo 34. De las personas invitadas. Se podrán incorporar a las sesiones del Comité como personas invitadas:

- I. Las personas Titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos competentes de los asuntos a tratar en la sesión;
- II. Las y los trabajadores 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;
- III. Las personas externas expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de las y los miembros del Comité con autorización de la persona Titular de la Presidencia;

Las y los invitados participarán en el Comité con voz, pero sin voto, comprometiéndose a guardar absoluta confidencialidad de la información a que tengan acceso con motivo de su participación en las sesiones del Comité.

Artículo 35. De las personas suplentes.

- I. Las y los integrantes del Comité podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquellos.
- II. Toda persona que funja como suplente, deberá contar con acreditación por escrito de las y los integrantes del Comité dirigida a la persona Titular de la Vocalía Ejecutiva, de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica correspondiente.
- III. Las y los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a las y los integrantes del Comité.

CAPÍTULO III

ATRIBUCIONES DEL COMITÉ Y FUNCIONES DE LAS Y LOS INTEGRANTES

Artículo 36. De las atribuciones del COCODI.

- I. Aprobar el Orden del Día;
- II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:
 - a. El Informe Anual;
 - b. El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCl, así como su reprogramación o replanteamiento;
 - c. Las recomendaciones contenidas en el Informe de Resultados de la persona Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación del Informe Anual, y
 - d. Verificación de la atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia;
- III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:
 - a. La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa Administración de Riesgos, así como de las actualizaciones;
 - b. El Reporte de Avances Trimestral del PTAR;
 - c. El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y
 - d. La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por el Órgano Interno de Control o por otras instancias externas de fiscalización.
- IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño institucional, particularmente con respecto a:
 - a. El análisis del cumplimiento de los programas presupuestarios y comportamiento financiero;
 - b. La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos del PIDE y de sus indicadores relacionados, y
 - c. La revisión del cumplimiento de los programas y temas transversales de la Universidad, mediante el análisis del avance en el logro de los indicadores relacionados a los mismos.
- V. Tomar medidas para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por el Comité de Ética por conductas contrarias al Código de Ética Universitario y al Código de Conducta aplicable;
- VI. Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la Institución, que elaboren las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas, Institutos y las y los demás trabajadores universitarios, así como de la MIR de los programas presupuestarios responsabilidad de la Institución, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan;

- VII. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;
- VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
- IX. Ratificar las actas de las sesiones;
- X. Analizar y resolver los asuntos no previstos en los presentes Lineamientos, y
- XI. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

Artículo 37. De las Funciones de la Presidencia del COCODI. La persona Titular de la Presidencia del COCODI tendrá las funciones siguientes:

- I. Determinar juntamente con la persona Titular de la Coordinación de Control Interno y de la Vocalía Ejecutiva, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de las personas Vocales y, cuando corresponda, la participación de las y los responsables de las áreas competentes de la Institución;
- II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;
- III. Poner a consideración de las y los integrantes del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;
- IV. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de las y los invitados externos al Comité;
- V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, al Órgano Interno de Control y a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos, y
- VI. Fomentar la actualización de conocimientos y capacidades de las y los integrantes en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

Artículo 38. De las Funciones de las y los integrantes del COCODI. Corresponderá a cualquiera de las y los integrantes del Comité las siguientes funciones:

- I. Proponer asuntos específicos a tratar en el Orden del Día del Comité;
- II. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité;
- III. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o atención de algún asunto específico que sea atribución del Comité;
- IV. Proponer la participación de las y los invitados externos;
- V. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
- VI. Analizar la carpeta electrónica de cada sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos;
- VII. Presentar riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional.

Artículo 39. De las funciones de la persona Titular de la Vocalía Ejecutiva. La persona Titular de la Vocalía Ejecutiva tendrá las funciones siguientes:

- I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de las y los

- miembros del Comité e invitados, así como verificar el quórum legal;
- II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité, la cual deberá ser avalada previamente por la persona Titular de la Presidencia del COCODI;
 - III. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de Orden del Día;
 - IV. Revisar y validar conjuntamente con la persona Titular de la Coordinación de Control Interno y/o con la persona Enlace del COCODI, que la información institucional fue integrada y capturada en la carpeta electrónica por la segunda mencionada para su consulta por las y los convocados, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha en que tendrá verificativo la sesión correspondiente;
 - V. Presentar por sí, o en coordinación con la persona Enlace de Administración de Riesgos al COCODI, los asuntos de probable corrupción no incluidos en la Matriz de Administración de Riesgos;
 - VI. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por las y los responsables;
 - VII. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de las y los integrantes del COCODI y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo;
 - VIII. Verificar la integración de la carpeta electrónica por parte de la persona Enlace del COCODI, respecto de la información que compete a las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos.

CAPÍTULO IV

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SECCIÓN I

DE LAS SESIONES

Artículo 40. Tipo de sesiones y periodicidad.

- I. El Comité celebrará cuatro sesiones al año de manera ordinaria, las cuales deberán celebrarse dentro del trimestre posterior al que se reporta, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de cada trimestre del ejercicio, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones, y
- II. El Comité podrá celebrar sesiones extraordinarias las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de asuntos específicos relativos al desempeño institucional.

Artículo 41. De la convocatoria y propuesta de la Orden del Día. Deberá ser enviada por la persona Titular de la Vocalía Ejecutiva a las y los integrantes e invitados, con cinco días hábiles de anticipación a la celebración de las sesiones ordinarias y de dos días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como el enlace para la consulta de la carpeta electrónica.

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

Artículo 42. Del calendario de sesiones. El calendario de sesiones ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior, en caso de modificación, la persona Titular de la Vocalía Ejecutiva previa autorización de la persona Titular de la Presidencia, informará a las y los integrantes e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.

Artículo 43. Desarrollo de las sesiones y registro de asistencia. A convocatoria de la persona Titular de la Presidencia del Comité, 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 del COCODI se registrará la asistencia de las personas participantes, recabando las firmas correspondientes. En el caso de las sesiones virtuales bastará con su firma autógrafa en el acta.

Artículo 44. Del quórum legal. El quórum legal del Comité se integrará con la asistencia de la mayoría de las y los integrantes, siempre que participen la persona Titular de la Presidencia y de la Vocalía Ejecutiva o quienes funjan como sus suplentes.

Cuando no se reúna el quórum legal requerido, la persona Titular de la Vocalía Ejecutiva levantará constancia del hecho y a más tardar el siguiente día hábil, convocará a las y los integrantes del Comité para realizar la sesión dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse.

SECCIÓN II DE LA ORDEN DEL DÍA

Artículo 45. De la Orden del Día. En el Comité se analizarán los temas, programas o procesos que eventualmente presenten retrasos en relación con lo programado al trimestre que se informa, derivados de los resultados académicos, presupuestarios, financieros, operativos y administrativos; a efecto de determinar los acuerdos que consignen acciones, fechas y responsables de tomar decisiones para resolver las problemáticas y situaciones críticas para abatir el rezago informado, lo que conlleve a cumplir con las metas y objetivos de la Institución, en particular sobre los aspectos relevantes vinculados con el desempeño institucional y lo relativo al cumplimiento de las principales acciones de mejora y de control comprometidas en los PTCI y PTAR.

La Orden del Día de las sesiones ordinarias se integrará conforme a lo siguiente:

- I. Declaración del quórum legal e inicio de la sesión;
- II. Aprobación del Orden del Día;
- III. Ratificación del Acta de la Sesión anterior;

- IV. Seguimiento de Acuerdos.** - Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse la persona Titular de Vocalía Ejecutiva determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones.
- V. Presentación de los Reportes del Análisis del Desempeño Institucional.** Las Personas Titulares de las Dependencias Administrativas, según sea el caso, considerarán las temáticas establecidas dentro de los presentes lineamientos, priorizando aquella información que contribuya al logro de los objetivos institucionales:
- a) **Programas Presupuestarios:** Identificar e informar los programas presupuestarios que representen el 80% del presupuesto original de la Institución y muestren variaciones superiores a diez puntos porcentuales al comparar:
 - 1. el presupuesto ejercido contra el modificado y
 - 2. el cumplimiento de las metas alcanzadas contra las programadas, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.
 - b) **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 y avance.
 - c) **Proyectos de infraestructura universitaria:** Identificar e informar los proyectos de obras de infraestructura que presenten variaciones, al comparar el avance: del presupuesto ejercido contra el programado, del físico alcanzado contra el programado, y del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.
 - d) **Programa Institucional de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones:** Informar las dificultades o situaciones que causan problemas para su cumplimiento y las acciones de solución emprendidas, en el marco de lo establecido en esa materia.
 - e) **Programas Académicos:** Informar sobre los avances, resultados e indicadores claves relacionados con el desempeño académico institucional, así como las acciones implementadas para la mejora continua y atención a problemáticas detectadas.
 - f) **Programas de extensión universitaria:** Informar sobre las actividades, resultados e impactos de los programas de extensión universitaria, con énfasis en la vinculación social, la proyección comunitaria y las acciones correctivas derivadas de problemáticas detectadas.

VI. Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética.

VII. Seguimiento al establecimiento y actualización del SCII:

- a. Informe Anual, PTCI e Informe de Resultados de la persona Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación al Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
- b. Reporte de Avances Trimestral del 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 SCII; así como las pendientes sin avance y el porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso.
- c. Aspectos relevantes del Informe de verificación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

VIII. Proceso de Administración de Riesgos Institucional.

- a. Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Administración de Riesgos y el PTAR, así como Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).
- b. Reporte de Avance Trimestral del PTAR. Se deberá incluir el total de acciones de control concluidas y su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el SCII y en el cumplimiento de metas y objetivos; así como la situación y porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance.
- c. Aspectos relevantes del Informe de evaluación del Órgano Interno de Control al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

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

- a. Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la Institución y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a las y los Funcionarios Universitarios, los motivos y sanciones aplicadas.
- b. La descripción de las observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras, identificando las causas que las originan y acciones para evitar que se continúen presentando; así como, aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses, ya que su falta de atención y cumplimiento inciden mayormente en una eficiente gestión y adecuado desempeño institucional.

X. 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.

- XI. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.** A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de las y los integrantes e invitados, podrán solicitar que se incorporen a la Orden del Día asuntos para el desarrollo institucional.

SECCIÓN III DE LOS ACUERDOS

Artículo 46. Requisitos de los Acuerdos del COCODI. Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de las y los integrantes del COCODI deberán contemplar como mínimo, los siguientes requisitos:

- I. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Institución. Cuando la solución de la problemática de un acuerdo dependa de terceros ajenos a la Institución, las acciones se orientarán a la presentación de estudios o al planteamiento de alternativas ante las instancias correspondientes, sin perjuicio de que se efectúe su seguimiento hasta su total atención;
- II. Precisar a las y los responsables de su atención;
- III. Fecha perentoria para su cumplimiento, la cual no podrá ser mayor a seis meses, posteriores a la fecha de celebración de la sesión en que se apruebe a menos que por la complejidad del asunto se requiera de un plazo mayor, lo cual se justificará ante el Comité; y
- IV. Determinar el impacto negativo de no cumplir el acuerdo en tiempo y forma, sobre aspectos y programas sustantivos de la Institución. Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de las y los integrantes asistentes, en caso de empate la persona Titular de la Presidencia del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, la persona Titular de la Vocalía Ejecutiva dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

Artículo 47. Envío de acuerdos para su atención. La persona Titular de la Vocalía Ejecutiva remitirá los acuerdos a las y los responsables de su atención, a más tardar cinco días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente.

Artículo 48. Acuerdos Relevantes. El Comité determinará los acuerdos relevantes que la persona Titular de su Presidencia hará del conocimiento al Órgano Interno de Control.

Artículo 49. Reprogramación de atención de acuerdos. Para los acuerdos que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única vez, éste podrá aprobar una nueva fecha que preferentemente, no exceda de treinta días hábiles contados a partir del día siguiente al de la sesión. Se conservará en el Sistema Informático la fecha inicial de atención.

SECCIÓN IV DE LAS ACTAS

Artículo 50. De los requisitos del acta. Por cada sesión del Comité se levantará un acta que será foliada y contendrá al menos lo siguiente:

- I. Nombres y cargos de las y los asistentes;
- II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;
- III. Acuerdos aprobados;
- IV. Fecha, hora de apertura y cierre de la sesión; y
- V. Firma de las personas integrantes que asistan a la sesión.

En el supuesto que personas invitadas de la Institución hayan participado en la sesión, firmarán el acta respectiva solamente cuando sean responsables de atender acuerdos.

Artículo 51. Elaboración del acta y su revisión. La persona Titular de la Vocalía Ejecutiva elaborará y remitirá a las y los integrantes del Comité y a las y los invitados correspondientes, el proyecto de acta de la sesión a más tardar diez días hábiles posteriores a la fecha de la celebración.

Las personas integrantes del Comité, así como las y los invitados que hubiesen participado en la sesión respectiva revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios a la persona Titular de la Vocalía Ejecutiva dentro de los cinco días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos se tendrá por aceptado el proyecto y dicha persona Titular recabará las firmas a más tardar veinte días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, para su integración en el sistema informático previo a la siguiente sesión.

SECCIÓN V DEL SISTEMA INFORMÁTICO

Artículo 52. De la carpeta electrónica de las sesiones. Deberá estar integrada y capturada a más tardar en la fecha que se remita la convocatoria y contendrá la información del periodo trimestral acumulado al año que se reporta, relacionándola con los asuntos del Orden del Día.

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

Artículo 53. Acceso al sistema informático. Tendrán acceso las personas integrantes del Comité, la persona Enlace del SCII, de Administración de Riesgos y del COCODI. Dicho sistema informático, será diseñado y administrado por la DGTIC.

Las cuentas de persona usuaria y claves de acceso, así como sus actualizaciones, serán proporcionadas, previa solicitud de la persona Titular del Órgano Interno de Control.

Artículo 54. Bajas de Usuarios. La persona Titular de la Coordinación de Control Interno informará a la persona Titular de la Vocalía Ejecutiva las bajas de las cuentas de usuario y cambios requeridos en las claves de acceso, para que esta última solicite mediante oficio la actualización.

Artículo 55. Ruta de acceso al sistema. Se dará a conocer a las y los integrantes del Comité, con escrito firmado por la persona Titular de la Vocalía Ejecutiva, con visto bueno de la persona Titular de la Rectoría.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA. - Los presentes Lineamientos entraran en vigor a partir del día hábil siguiente a su aprobación en el Comité de Control y Desempeño Institucional.

SEGUNDA. - A partir de la entrada en vigor de los presentes Lineamientos, quedan derogados los Lineamientos Generales de Control Interno emitidos en el mes de octubre 2021, así como todas las disposiciones que se opongan a los presentes Lineamientos.

TERCERA. - Todos aquellos procedimientos, trámites administrativos, auditorías, revisiones y cualquier otro proceso o acto referente al control interno y la administración de riesgos, iniciados por las autoridades competentes con anterioridad a la entrada en vigor de los presentes Lineamientos, serán concluidos conforme a los mecanismos y disposiciones aplicables vigentes a su inicio.

CUARTA. - Se instruye al Comité de Control y Desempeño Institucional, para que, en conjunto con las personas Titulares de las Dependencias Administrativas, Unidades Académicas e Institutos que sean requeridos, elaboren los manuales, políticas o directrices que sean prioritarios y concernientes a las necesidades o requerimientos propios en materia de control interno y de riesgos para ser aprobados por dicho comité dentro de un año siguiente a la entrada en vigor de los presentes Lineamientos.

QUINTA. - El cumplimiento a lo establecido en estos Lineamientos se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que tengan asignados la UAEM, por lo que no implicará la creación de estructuras ni la asignación de recursos adicionales.

Atentamente

Por una humanidad culta

Dra. Viridiana Aydée León Hernández
Rectora