PERIÓDICO OFICIAL

ÓRGANO OFICIAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA AGRARIA ANTONIO NARRO

BUENAVISTA, SALTILLO, COAHUILA. AGOSTO, 2026

En cumplimiento de los objetivos que la publicación del Periódico Oficial Universitario, tiene como órgano de difusión de los acuerdos, disposiciones y reglamentos emanados del H. Consejo Universitarios y que por su naturaleza y relevancia deban ser del conocimiento de la Comunidad Universitaria: a este respecto se da a conocer los documentos normativos Código de Conducta, Código de Ética, y el Sistema de Control Interno que incluye el Programa de Trabajo para la Administración de Riesgos (PTAR), aprobados por el H. Consejo Universitario en sesiones celebradas el 11 de junio del 2024 y el 14 de agosto del 2025, a partir de las propuestas presentadas por la Contraloría Interna, producto del trabajo desarrollado conjuntamente con las Comisiones Legislativa, Hacendaria y de Planeación y Evaluación.

Periódico Oficial
Oficina del H. Consejo Universitario

DIRECTORIO

Dr. Alberto Flores Olivas
Presidente del H. Consejo Universitario

Dr. Francisco Daniel Hernández Castillo
Secretario del H. Consejo Universitario

M.C. Edgardo Cervantes Álvarez
Director Regional Interino Unidad Laguna

M.C. Roxana Cuevas Flores
Directora de la Unidad de Planeación

M.C. Rolando Ramírez Segoviano
Encargado del Despacho de la Dirección General Administrativa

M.C. Arturo Guevara Villanueva
Contralor Interno

M.C. José Armando Nájera Castro
Secretario Parlamentario

M.C. Rafael de la Rosa González
Coordinador de la Comisión Legislativa

M.C. Alejandro Cárdenas Blanco
Coordinador de la Comisión Hacendaria

Dr. Juan Antonio Núñez Colima
Coordinador de la Comisión de Planeación y Evaluación

Este Periódico es Órgano Oficial de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro. Publicado por la Oficina del H. Consejo Universitario. Edificio Administrativo. Buenavista, Saltillo, Coahuila, México

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA LA UNIVERSIDAD AUTONOMA AGRARIA ANTONIO NARRO

CAPITULO I

OBJETIVO

ARTÍCULO 1. Proporcionar a las personas servidoras públicas de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro (UAAAN), en forma específica y concreta las conductas éticas que los orienten en su actuación, a fin de que el desempeño de su empleo, cargo o comisión se conduzcan bajo los principios, valores y reglas de integridad que deberán observar en situaciones específicas que se les presenten, crear las condiciones que permitan asegurar el acceso a las mexicanas y mexicanos a una educación de excelencia en el nivel y modalidad que la requieran y en el lugar donde la demanden.

ARTÍCULO 2. Quienes integran el servicio público de la UAAAN, tienen el compromiso de contribuir a lograr una educación de inclusión, equidad y excelencia como principal componente del tejido social y de acceso a una mejor calidad de vida para todas las personas que viven en México.

ARTÍCULO 3. El presente código de conducta deberá ser observado y cumplido, sin excepción, por quienes, en el desempeño de sus empleos, cargos o comisión, integran el servicio público de la UAAAN y el personal de los órganos administrativos desconcentrados que participan en el comité de ética, sin importar el régimen de contratación.

ARTÍCULO 4. El incumplimiento de lo establecido en el presente documento, en su caso, dará lugar a los procedimientos administrativos correspondientes, de conformidad a lo establecido en la normatividad vigente.

CAPITULO II

GLOSARIO

ARTÍCULO 5. Para efectos del presente Código de Conducta, se entenderá por:

Acoso u hostigamiento laboral: Actos o comportamientos, en el entorno del trabajo o con motivo de éste con independencia de la relación jerárquica de las personas involucradas que atenten contra la autoestima, salud, integridad, libertad o seguridad de las personas.

Acoso sexual: Es una forma de violencia con connotación lasciva que, si bien no existe subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y riesgo para la víctima, independientemente que se realice en uno o varios eventos.

Código de Conducta: Código de conducta de las personas servidoras públicas de la UAAAN, instrumento, emitido por la o el Titular de la UAAAN a propuesta del respectivo Comité de ética, previa aprobación del Órgano Interno de Control

Código de Ética: Código de Ética de las personas servidoras públicas de la UAAAN.

Comité: El comité de ética, como órgano democráticamente integrado que tiene a su cargo el fomento de la ética e integridad en el servicio público y la prevención de conflictos de intereses a través de acciones de orientación, capacitación y difusión en las dependencias y entidades del Estado de Coahuila.

Discriminación: Conducta que tiene como resultado impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o el ejercicio de uno o más derechos humanos y libertades, en especial la igualdad real de oportunidades y de trato de las personas.

Educación inclusiva: Proceso educativo que parte del respeto a la dignidad humana y de la valoración a la diversidad y que, en consecuencia, propicia que todas las personas, especialmente de los sectores sociales en desventaja, desarrollen al máximo sus potencialidades mediante una acción pedagógica diferenciada y el establecimiento de condiciones adecuadas a tal diversidad, lo que implica la eliminación o minimización de todo aquello que constituya una barrera al desarrollo, aprendizaje y a la participación en la comunidad escolar

Equidad: Principio relacionado con la idea de igualdad sustantiva que debe prevalecer a favor de cualquier persona.

Hostigamiento Sexual: El ejercicio del poder en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

Igualdad de género: Situación en la cual hombres y mujeres acceden con las mismas posibilidades y oportunidades al uso, control y beneficio de bienes, servicios y recursos de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

Personas servidoras públicas: Aquellas que desempeñan un empleo, cargo o comisión en los entes públicos

Reglas de integridad: Son aquellas que rigen la conducta de las personas servidoras públicas en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones y constituyen guías para identificar acciones que pueden vulnerar lo previsto en cada una de ellas.

CAPITULO III

PRINCIPIOS, VALORES Y REGLAS DE INTEGRIDAD

ARTÍCULO 6. Los servidores públicos se regirán por los siguientes principios: Legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, disciplina, profesionalismo, objetividad, transparencia, rendición de cuentas, competencias por mérito, eficacia, integridad y equidad.

ARTÍCULO 7. Los servidores públicos se regirán por los siguientes valores: Interés público, respeto, respeto a los derechos humanos, igualdad y no discriminación, equidad de género, entorno cultural y ecológico, cooperación y liderazgo.

ARTÍCULO 8. Los servidores públicos se regirán por las siguientes reglas de integridad: Actuación e información pública; contrataciones públicas, licencias, permisos, autorización y concesiones; programas gubernamentales; trámites y servicios; recursos humanos; desempeño permanente con integridad; administración de bienes muebles e inmuebles; procesos de evaluación; control interno; procedimiento administrativo; cooperación con la integridad y comportamiento digno.

CAPITULO IV

CONDUCTAS DE ACTUACIÓN DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DE LA UAAAN

ARTÍCULO 9. Con el propósito de garantizar una educación excelencia, las personas servidoras públicas de la UAAAN actuarán armónicamente en congruencia con las conductas que a continuación se describen:

I. Respetar, garantizar, promover y proteger los derechos humanos prestando sus servicios a todas las personas de forma respetuosa eficiente e imparcial sin discriminación, ostentación y con una clara orientación al interés público. Así mismo, evitaran agredir, hostigar, amedrentar, acosar, intimidar, extorsionar o amenazar física, verbalmente o por algún medio al alumnado, personal superior y subordinado, compañeros y compañeras de trabajo y ciudadanía en general

II. Mantener un comportamiento digno para conservar espacios de trabajo y educativos libres de hostigamiento y acoso sexual, así como laboral

III. Evitar realizar actividades ajenas al desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, por lo que deberán actuar conforme a las leyes, reglamentos y. demás disposiciones jurídicas aplicables, en el servicio y atención hacia las y los particulares, y demás personas servidoras públicas con los que llegare a tratar, por lo que conducirán su actuación con absoluta vocación de servicio a la sociedad, garantizando el principio de profesionalismo y el interés público.

IV. Dar a la ciudadanía en general y a sus compañeros y compañeras de trabajo, superiores y subordinados, el mismo trato, sin conceder privilegios o preferencias a organizaciones o personas y orientarán sus decisiones de manera neutral e imparcial, sujetándose a las necesidades e intereses de la sociedad promoviendo un ambiente de competencia sano y garantizando las mejores condiciones para el desarrollo del país en materia educativa.

V. Con el fin de proporcionar a los ciudadanos las herramientas suficientes para que puedan integrarse con éxito a la vida productiva, las personas servidoras públicas de la UAAAN actuarán de manera íntegra en el desempeño de empleo, cargo o comisión y fomentarán y cooperarán en el fortalecimiento de la cultura ética y de servicio a la sociedad, satisfaciendo las necesidades colectivas de la población en materia educativa.

VI. Las personas servidoras públicas de la UAAAN, bajo el principio de rendición de cuentas informarán, explicarán y justificarán sus decisiones y acciones, y las sujetarán al escrutinio público, por

lo que atenderán y responderán de forma honesta y transparente las solicitudes y/o requerimientos de información de las personas y de organismos fiscalizadores.

VII. Conducirse en cualquier ámbito con sencillez bajo una ética orientada en la transparencia, honestidad, lealtad, cooperación, sin ostentación o desproporcionadamente a su ingreso, garantizando un servicio óptimo al público en general en beneficio de nuestra sociedad. De igual manera las personas servidoras públicas de la UAAAN presentarán en tiempo y forma su declaración patrimonial y de conflicto de intereses.

VIII. Administrar los bienes, recursos y servicios públicos a su resguardo con austeridad, eficacia, legalidad, disciplina y eficiencia para el cumplimiento de los objetivos a los que están destinados.

IX. Buscar en todo momento la máxima atención de las necesidades y demandas de la sociedad por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general y bienestar de la población y se conducirán buscando en todo momento la máxima atención de las necesidades y demandas de la sociedad sin utilizar su empleo, cargo o comisión para obtener o pretender obtener algún beneficio, provecho o ventaja personal a favor de terceros, evitando aceptar compensaciones, regalos, obsequios a fin de evitar comprometer sus funciones garantizando el principio de lealtad.

X. Otorgar un trato digno y cordial a los usuarios sin conceder privilegios o preferencias en la prestación de trámites y otorgamiento de servicios, y ejercerán sus funciones de manera objetiva sin discriminación, colaborando entre sí para alcanzar los objetivos comunes de los planes y programas gubernamentales de la Universidad, mostrando vocación de servicio público en beneficio de la colectividad por lo que evitarán la burocracia y la corrupción

XI. Evitar valerse de las atribuciones o facultades de su empleo, cargo o comisión, directa o indirectamente, para designar, nombrar o intervenir para la contratación de personal de estructura, eventuales y honorarios en la UAAAN, a personas con las que tenga lazos de parentesco por consanguinidad, afinidad o vínculo de matrimonio o concubinato, evitando el nepotismo. Por lo que las personas que deseen ingresar a laborar a la UAAAN o alcanzar una promoción laboral deberán ser seleccionados conforme a la normatividad aplicable considerando su habilidad profesional y experiencia mediante procedimientos transparentes, objetivos y equitativos que aseguren sin discriminación la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

XII. Optimizar el uso y la asignación de los recursos, administrarán los bienes y servicios públicos satisfaciendo los objetivos a los que están destinados, en el ejercicio de sus funciones impulsarán una cultura de respeto, protección y conservación del medio ambiente por lo que, promoverán el uso mesurado del agua, energía eléctrica, papel o cualquier recurso natural no

renovable durante su actividad laboral, así como el cuidado de sitios históricos, culturales y patrimoniales.

XIII. Para la creación de condiciones que permitan asegurar el acceso de todas las mexicanas y mexicanos a una educación de excelencia, las personas servidoras públicas de la UAAAN garantizarán la igualdad de oportunidades mediante procedimientos objetivos y equitativos, otorgarán un trato digno y cordial considerando los derechos de la ciudadanía en general y personal de la UAAAN, evitando cualquier tipo de discriminación en la consulta, gestión, realización de trámites y prestación de servicios. De igual manera promoverán los espacios inclusivos para el desarrollo de las actividades laborales.

XIV. Ajustar su conducta de manera congruente con los principios que se deben observar dentro de sus funciones, cooperarán en el fortalecimiento de una cultura ética y de servicio a la sociedad que responda al interés público e impulsarán la inclusión, cooperación y el trabajo en equipo para lograr los objetivos institucionales y promoverán el intercambio de ideas y opiniones de manera empática, imparcial y respetuosa, sin conceder preferencias, con el fin de garantizar el desarrollo de clima laboral propiciando el trato digno a todas las personas con las que colaboren con el fin de brindar un buen servicio a la ciudadanía.

CAPITULO V

INSTANCIAS ENCARGADAS DE LA IMPLEMENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ASESORÍA DEL CÓDIGO DE CONDUCTA

ARTÍCULO 10. El código de conducta especifica de manera puntual y concreta la forma en que las personas servidoras públicas de la UAAAN aplicarán los principios, valores y reglas de integridad contenidas en el código de ética, por lo que, corresponde al comité de ética implementar al interior de la dependencia el código de conducta y verificar su cumplimiento.

ARTÍCULO 11. Las instancias que están legitimadas para su interpretación, consulta y asesoría del mismo en caso de dudas con motivo de su aplicación u observancia son las siguientes:

1. Integrantes del comité de ética de la UAAAN.
2. Presidente del comité de ética de la UAAAN.
3. Órgano Interno de control de la UAAAN.
4. La unidad de ética, integridad pública y prevención de conflictos de la UAAAN.

CAPITULO VI

CARTA COMPROMISO

Como persona servidora pública de la UAAAN, hago constar que he recibido, leído y aceptado las conductas de actuación contenidas en el Código de Conducta para las personas servidoras públicas de la UAAAN y me comprometo a conducir mis actos con estricto apego a este Código, con la finalidad de preservar la confianza que usuarios, colaboradores, autoridades y público en general han depositado en esta Universidad, que es la institución de corresponsable de la formación de la juventud y la población en general en nuestro país, así como de las oportunidades de superación que residen en México.

Comprendo y entiendo la importancia que tiene para la UAAAN, el Código de Conducta, por ello ratifico que actualmente no existe conflicto de interés alguno ni situaciones que me impidan su cumplimiento.

Me comprometo a seguir las normas que regulan mis actos como persona servidora pública y promover su cumplimiento entre mis superiores, subordinados, homólogos o cualquier persona, con quien tenga trato, con motivo de mi trabajo. Realizar mis funciones con actitud de servicio y bajo los principios establecidos, así como a denunciar cualquier irregularidad, acto u omisión contrarios a este Código, en tanto me encuentre prestando mis servicios en la UAAAN.

Leída la presente carta compromiso y entendiendo su contenido y alcance, se firma en:

Fecha:

Unidad Administrativa:

Nombre:

_____

Firma

CODIGO DE ÉTICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTONOMA AGRARIA ANTONIO NARRO

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- Este presente código de ética es aplicable a todas las personas que desempeñen un cargo o comisión dentro de la universidad, por lo que es obligatorio en cualquiera de sus niveles jerárquicos, incluyendo al personal base y sindicalizado, y su incumplimiento será objeto de denuncia.

ARTÍCULO 2.- El presente código tiene por objeto:

I. Establecer los principios, valores, reglas de integridad y compromisos que deben ser conocidos y aplicados por todas las personas servidores públicos, para propiciar ambientes laborales adecuados y así propiciar una actitud responsable y ética, erradicando las conductas de corrupción;
II. Establecer las obligaciones y mecanismos institucionales para la implementación del código, así como las instancias para denunciar su incumplimiento.

ARTÍCULO 3.- Para efectos del presente código se entenderá por:

I. Acoso laboral: Forma de violencia que se presenta en una serie de eventos que tienen por objeto intimidar, excluir, opacar, amedrentar o consumir emocional o intelectualmente a la víctima, causando daño físico, psicológico, económico o laboral. Puede presentarse de forma ascendente o vertical descendente, ya sea en el centro de trabajo o fuera de esté, siempre que se encuentre vinculado a la relación laboral;
II. Acoso sexual: Forma de violencia de carácter sexual, en la que, si bien no existe una subordinación jerárquica de la víctima frente a la persona agresora, e inclusive puede realizarse de una persona de menor nivel jerárquico hacia alguien de mayor nivel o cargo, hay un ejercicio abusivo de poder por parte de quien la realiza. Puede tener lugar entre personas servidoras públicas y de estas hacia particulares o estudiantes de la universidad. Estas pueden ser expresadas en conductas verbales, físicas o visuales.
III. Código de conducta: Instrumento emitido en el que se especifica de manera puntual y concreta la forma en que las personas servidoras públicas aplicarán los principios, valores, reglas de integridad y compromisos contenidos en el presente código de ética, atendiendo a los objetivos, misión y visión de la Universidad
IV. Dignidad: Comprende a la persona como titular de derechos y a no ser objeto de violencia o arbitrariedades por parte de la universidad, de modo que todas las personas trabajadoras de la universidad se encuentran obligadas en todo momento a respetar su autonomía, considerar y tratar como fin de su actuación, asegurando que no sean afectados sus derechos.
V. Discriminación: Es toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y

tenga por objeto obstaculizar, disminuir o impedir los derechos de cualquier persona.

VI. Ética pública: Conjunto de principios, valores y reglas de integridad orientados al interés público, conforme a los cuales debe actuar todas las personas adscritas a las dependencias y entidades de la administración pública, sin importar su nivel jerárquico, en aras de aspirar a la excelencia dentro del servicio público para lograr la confianza con la sociedad.

VII. Hostigamiento sexual: Es una forma de violencia de carácter sexual en la cual hay un ejercicio de abuso de poder por parte de quien la realiza y tiene lugar en una relación de subordinación jerárquica real de la víctima frente a la persona agresora. Se puede expresar de forma verbal, física, visual o con hechos, esta se puede realizar en uno o varios eventos.

VIII. Igualdad de género: Situación en la cual mujeres y hombres acceden con las mismas posibilidades y oportunidades al uso, control y beneficio de bienes, servicios y recursos de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

IX. Interés público: Es el deber de las personas servidoras públicas de buscar en toda decisión y acción, la prevalencia de justicia y el bienestar de la sociedad, por lo que cualquier determinación u omisión es de importancia y de trascendencia para el ejercicio de una debida administración pública.

X. Lenguaje incluyente y no sexista: Comunicación verbal y escrita que tiene por finalidad visibilizar a hombres y mujeres, y equilibrar las asimetrías de generó, así como valorar la diversidad que compone nuestra sociedad haciendo visibles a las personas y grupos históricamente discriminados.

XI. Personas servidoras públicas: Aquellas que desempeñan un empleo, cargo o comisión en las dependencias que reciben apoyo de la administración pública sea estatal o federal.

XII. Recursos públicos: Conjunto de ingresos financieros y materiales de los que disponen las dependencias y entidades para el cumplimiento de sus objetivos

CAPITULO II

PRINCIPIOS DEL SERVICIO PÚBLICO

ARTÍCULO 4.- Para el adecuado ejercicio del servicio público, se deberá actuar conforme a los principios constitucionales y legales de respeto a los derechos humanos, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, eficacia y transparencia.

ARTÍCULO 5.- Los derechos humanos son el eje fundamental del servicio público, por lo que todas las personas que desempeñen un empleo, cargo o comisión en las dependencias y entidades, conforme a sus

atribuciones y sin excepción, debe promover, respetar, proteger y garantizar la dignidad de todas las personas.

Las personas servidoras públicas deben evitar conductas como:

I. Menoscabar la dignidad de las personas, la cual incluye los derechos de igualdad, integridad física y psicológica, libertad de expresión, oportuno acceso a la salud, entre otros;
II. Llevar a cabo conductas de discriminación por cualquier motivo, como podrían ser origen, nacionalidad, origen étnico, color de piel o cultura, personalidad, sexo, identidad o expresión de género, ideología, religión, opinión, identidad o filiación política, condiciones físicas y de salud, apariencia, edad, embarazo, condición de salud, discapacidad, condición familiar o socioeconómica o cualquier otro;
III. Generar conductas, situaciones o distinciones entre hombres y mujeres que fomenten la desigualdad o afecten el acceso a las mismas oportunidades, así como al uso, control y beneficio de bienes y servicios, o en su caso, la toma de decisiones en el ámbito laboral, económico, político, familiar o cualquier otro;
IV. Realizar o tolerar actos de hostigamiento o acoso sexuales, con independencia del sexo, identidad o expresión de género, características u orientaciones sexuales, de las personas involucradas en tales casos.

Para ello, las personas servidoras públicas deberán evitar conductas tales como:

a) Realizar señales sexualmente sugerentes con las manos o a través de los movimientos del cuerpo;
b) Tener contacto físico sugestivo o de naturaleza sexual, como tocamientos, abrazos, besos, manoseos o jalones;
c) Hacer regalos, dar preferencias indebidas o notoriamente diferentes o manifestar abiertamente o de manera indirecta el interés sexual por una persona;
d) Llevar a cabo conductas dominantes, agresivas, intimidatorias u hostiles hacia una persona para que se someta a sus deseos o intereses sexuales, o al de alguna otra u otras personas;
e) Espiar a una persona en su intimidad, o mientras esta se cambia de ropa o está en el sanitario
f) Condicionar la obtención de un empleo o ascenso, su permanencia en él o las condiciones de este a cambio de aceptar conductas de naturaleza sexual;
g) Obligar a la realización de actividades que no competen a sus labores u otras medidas disciplinarias en represalia por rechazar proposiciones de carácter sexual
h) Condicionar la prestación de un trámite, servicio público o evaluación a cambio de que la persona usuaria, estudiante o solicitante acceda a sostener conductas sexuales de cualquier naturaleza

i) Expresar comentarios, burlas, piropos o bromas hacia otra persona referentes a la apariencia o a la anatomía con connotación sexual, bien sea presenciales o a través de algún medio de comunicación
j) Realizar comentarios, burlas o bromas sugerentes respecto de su vida sexual o de otra persona, bien sea presenciales o a través de algún medio de comunicación
k) Expresar insinuaciones, invitaciones, favores o propuestas a citas o encuentros de carácter sexual
l) Emitir expresiones o utilizar lenguaje que denigre a las personas o pretenda colocarlas como objeto sexual
m) Preguntar a una persona sobre historias, fantasía o preferencias sexuales o sobre su vida sexual
n) Exhibir o enviar a través de algún medio de comunicación, carteles, calendarios, mensajes, fotografías, audios, videos, ilustraciones u objetos con imágenes o estructuras de naturaleza sexual, no deseadas ni solicitadas por la persona receptora;
o) Difundir rumores o cualquier tipo de información sobre la vida sexual de una persona
p) Expresar insultos o humillaciones de naturaleza sexual; y
q) Mostrar deliberadamente partes íntimas del cuerpo a una o varias personas.

V. Llevar a cabo conductas de acoso laboral, consistentes en ignorar, excluir, agredir, amedrentar, humillar, intimidar, amenazar, maltratar u otras conductas similares, incluyendo privar de permisos o beneficios al personal subordinado o sobre el cual cuente con relaciones de poder, y

VI. Obstruir bajo amenazas o presiones, la presentación de denuncias ante cualquiera de las instancias facultadas para tales efectos

ARTÍCULO 6. Legalidad. Las personas servidoras públicas deben conocer y aplicar las normas que rigen sus funciones, actuando sólo conforme a ellas.

Para ello, las personas servidoras públicas deben evitar conductas tales como:

I. Realizar procesos de selección de personal en los que no se considere la competencia por mérito y, en su caso, se realicen designaciones sin haber obtenido previamente la autorización o constancia de no inhabilitación cuando esta es exigible conforme a la normativa aplicable;

II. Realizar actos de proselitismo durante los periodos restringidos por las autoridades electorales, o proporcionar subsidios o apoyos de programas gubernamentales en dichos casos, salvo que se trate de desastres naturales u otro tipo de contingencias declaradas por las autoridades competentes, sin que ello justifique la realización de dichos actos;

III. Falsificar cualquier documento, firma o registro, como pudiera ser el destinado a la asistencia a los recintos de trabajo;

IV. Permitir la entrega o entregar subsidios o apoyos de programas gubernamentales, de manera diferente a las establecidas en la normativa correspondiente;
V. Omitir notificar el inicio de cualquier tipo de procedimiento seguido en forma de juicio, así como sus consecuencias y derechos, tales como el de ofrecer pruebas, argumentos de defensa, representantes legales o alegatos, y
VI. Omitir el cumplimiento de resoluciones jurisdiccionales que recaigan a los procedimientos sustanciados por las personas servidoras públicas competentes dentro de los plazos previstos por la ley de la materia.

ARTÍCULO 7. Honradez. Las personas servidoras públicas deben distinguirse por actuar con rectitud, sin utilizar su cargo para obtener, pretender obtener o aceptar cualquier beneficio para sí o a favor de terceras personas.

Para ello, las personas servidoras públicas deben evitar conductas tales como:

I. Omitir presentar en tiempo y forma, conforme a la normativa aplicable, las declaraciones de situación patrimonial, de intereses y fiscales;
II. Divulgar información privilegiada a la que tenga o haya tenido acceso con motivo del empleo, cargo comisión, en el beneficio propio o de terceros, o que signifique ventajas indebidas, relacionada con contrataciones públicas, o con el proceso para la ocupación de plazas vacantes en el servicio público;
III. Solicitar o recibir beneficios particulares, para sí o para terceras personas, respecto de empresas a las que se les hubiere adjudicado algún contrato;
IV. Contar con un beneficio directo para sí o para familiares hasta el cuarto grado, proveniente de programas de subsidio o apoyos de la dependencia o entidad que dirija.

ARTÍCULO 8. Lealtad. En el ejercicio de su deber, las personas servidoras públicas deben corresponder a la confianza que la sociedad les ha conferido, mediante una vocación de servicio, con profesionalismo y a favor de sus necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés público.

Para ello, las personas servidoras públicas deben evitar conductas tales como:

I. Desempeñar el empleo, cargo o comisión, con una actitud negativa de servicio o de manera no cordial;
II. Favorecer indebidamente los intereses particulares o de empresas en perjuicio del interés general y bienestar de la población;
III. Incurrir en cualquier acto u omisión que comprometa negativamente los intereses, visión, objetivos o servicios de alguna dependencia o entidad;

IV. Dejar ejercer las funciones propias de su cargo o comisión, siempre y cuando no exista algún impedimento previsto en las normas jurídicas en casos concretos.

ARTÍCULO 9. Imparcialidad. Las personas servidoras públicas deben brindar a toda persona física y moral el mismo trato y actuar de forma objetiva, sin conceder privilegios por razón de jerarquías, influencias, intereses o cualquier otra característica o condición.

Para ello, las personas servidoras públicas deben evitar conductas tales como:

I. Intervenir o promover, por si o por interpósita persona, en la selección, nombramiento o designación para el servicio público de personas con quienes tenga parentesco por consanguinidad hasta el cuarto grado o por afinidad hasta el segundo grado:
II. Tomar decisiones en los procedimientos de contratación en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y servicios relacionados con las mismas, anteponiendo intereses particulares que dejen asegurar las mejores condiciones para el Estado en cuanto a precio, calidad y oportunidad disponible en el mercado;
III. Establecer condiciones en las invitaciones o convocatorias que representen ventajas o den un trato diferenciado a quienes participen en las licitaciones
IV. Reunirse con personas licitantes, proveedoras, contratistas o concesionarias, para actos particulares tales como festejos o convivencias particulares;
V. Omitir excusarse de conocer asuntos que puedan implicar actuación bajo conflicto de interés.

ARTÍCULO 10. Eficiencia. Todas las personas servidoras públicas deben ejercer los recursos públicos con austeridad, economía, racionalidad y sustentabilidad, logrando los mejores resultados a favor de la sociedad, incluyendo el cuidado de los recursos naturales.

Para ello, las personas servidoras públicas deben evitar conductas tales como:

I. Utilizar recursos públicos para fines distintos al que fueron destinados, como es el caso del parque vehicular terrestre, marítimo o aéreo, recintos, papelería, enseres o cualquier otro, con independencia de que sea propiedad de la dependencia o entidad, o se cuente con su posesión mediante arrendamiento, o cualquier otro medio de contratación,
II. Requerir a personal al servicio del Estado, para que desempeñe labores que atiendan a interese particulares de quien lo solicita, como pudiera ser en algún domicilio o destinado a cualquier actividad de carácter personal o privado,

III. Realizar gastos innecesarios en las oficinas públicas, incluyendo el desperdicio de agua, energía eléctrica, servicios telefónicos, de internet, gasolinas, remodelaciones injustificadas, o cualquier otro insumo pagado con recursos públicos;
IV. Ejercer el presupuesto destinado a una dependencia o entidad, en su caso, unidad administrativa, de manera desproporcionada, frívola o de manera innecesaria en función de las necesidades del servicio público;
V. Contratar personal o ejercer presupuesto de las partidas destinadas para este fin, con desapego a la normativa, plantillas, tabuladores autorizados y, en su caso, al monto presupuestario autorizado.

ARTÍCULO 11. Eficacia. Todas las personas servidoras públicas deben desarrollar sus funciones en apego a una cultura de servicios a la sociedad, con profesionalismo y disciplina, en cumplimiento a los objetivos institucionales de la dependencia o entidades ala que se encuentren adscritas, y con base en objetivos, metas, programas de trabajo y de seguimiento, que permitan llevar un control de desempeño

Para ello, las personas servidoras públicas deben evitar conductas tales como:

I. Abusar del cargo de superioridad jerárquica para instruir al personal a llevar a cabo tareas o favores de carácter privado, diverso al servicio público, ya sea para sí o cualquier otra persona;
II. Prescindir de llevar a cabo acciones para actualizar sus conocimientos relacionados con la labor que desempeñan
III. Que el personal a su cargo se capacite o desempeñe actividades que abonen a su conocimiento profesional
IV. Realizar trámites y otorgar servicios de forma deficiente, retrasando los tiempos de respuesta, consultas, trámites, gestiones y servicios
V. Omitir ajustar procesos y tramos de control, conforme a sus atribuciones, en áreas en las que se detecten conductas contrarias al Código en cuestión o cualquier otra norma jurídica
VI. Retrasar de manera negligente las actividades a su cargo

ARTÍCULO 12. Transparencia. Toda la información generada por las personas servidoras públicas en ejercicio de la función pública, debe ser del conocimiento de la sociedad para la efectiva redención de cuentas, con excepción de aquella que sea considerada como confidencial o reservada en términos de la normativa aplicable.

Para ello, las personas servidoras públicas deben evitar conductas tales como:

I. Ocultar información negligentemente o con dolo mediante la declaración de incompetencias e inexistencias, o cualquier otra acción similar;
II. Clasificar información como confidencial o reservada, de manera dolosa o negligente, sin que se cumpla los requisitos previstos en las disposiciones en la materia;
III. Usar, sustraer, divulgar, ocultar, alterar, mutilar, destruir o inutilizar, total o parcialmente, sin causa legitima, conforme a las facultades correspondientes, la información que se encuentre bajo custodia o la cual tenga acceso o conocimiento con motivos de su empleo, caro o comisión;
IV. Realizar interpretaciones restrictivas a las solicitudes de información recibidas en las dependencias o entidades, de forma contraria al principio de máxima publicidad;
V. Dar tratamiento a datos personales sin dar a conocer el aviso de privacidad correspondiente o para fines distintos a las facultades y objetivos propios de las dependencias y entidades, conforme a la normativa aplicable en la materia

CAPITULO III

VALORES DEL SERVICIO PÚBLICO

ARTÍCULO 13. Valores del servicio público. Para el adecuado ejercicio del servicio público, es importante contar con un ambiente laboral apropiado que incida de forma directa e indirecta en la sociedad, conforme a los valores de respeto, liderazgo, cooperación y cuidado del entorno cultural y ecológico.

ARTÍCULO 14. Respeto. Las personas servidoras públicas deberán otorgar un trato cordial a las personas en general, incluyendo a aquellas con quienes comparten espacios de trabajo, de todos los niveles jerárquicos, propiciando una comunicación efectiva.

Para ello las personas servidoras públicas deben evitar conductas tales como:

I. Conducirse de manera irrespetuosa y realizar cualquier conducta que atente contra la dignidad de las personas, ignorando los protocolos de actuación para la atención de la discriminación, así como de prevención, atención y sanación del acoso y hostigamiento sexuales, en su caso, los de atención en el servicio público
II. Hacer uso de lenguaje altisonante o realizar cualquier expresión de similar naturaleza;
III. Realizar expresiones o actitudes de burla o tendientes a ignorar o menoscabar la ideología, pensamiento, opiniones o ideas de las personas, evitando el diálogo y sano debate.

ARTÍCULO 15. Liderazgo. Las personas servidoras públicas deben ser una figura ejemplar frente a la sociedad y a sus equipos de trabajo, principalmente, ante quienes se encuentren a su cargo.

Para ello, las servidoras públicas deben evitar conductas tales como:

I. Omitir supervisar los planes, programas o proyectos a su cargo, así como las actividades y el cumplimiento de las funciones del personal que debe reportar
II. Tener un comportamiento abiertamente opuesto a las disposiciones que regulan la ética pública que pueda dañar la imagen del servicio público, inclusive si se encuentran realizando alguna función fuera del horario o instalaciones laborales
III. Encomendar actividades desproporcionadas e injustificadas al personal a su cargo, que pudieren representar una afectación a su vida privada labores de cuidado o libre esparcimiento

ARTÍCULO 16. Cooperación. Las personas servidoras públicas deben colaborar entre sí y propiciar el trabajo en equipo para alcanzar los objetivos comunes previstos en los planes y programas gubernamentales, generando así una plena vocación de servicio a la sociedad.

Para ello, las personas servidoras públicas deben evitar conductas como:

I. Afectar el trabajo en equipo obstaculizando alcanzar los objetivos comunes propios del servicio público;
II. Demeritar las funciones realizadas en su equipo de trabajo, o bien, de aquellos del que formen parte, generando un ambiente laboral nocivo;
III. Aislarse o evitar involucrarse de manera activa en el seguimiento y elaboración de productos, proyectos o labores, que se encomienden al interior de los equipos de trabajo;
IV. Evadir las responsabilidades de los productos, proyectos o labores encomendados en el equipo al que se hubieren asignado
V. Obstruir u obstaculizar injustificadamente la generación de soluciones para cualquier tarea propia del servicio público

ARTÍCULO 17. Cuidado del entorno cultural y ecológico. Las personas servidoras públicas deben respetar y cuidar el patrimonio cultural y natural de la nación, así como el de cualquier otra.

Las personas servidoras públicas deben evitar conductas como:

I. Realizar, con motivos de su empleo, cargo o comisión, y sin justificación, actos u omisiones que pongan en riesgo o dañen el cuidado de las áreas

verdes, biodiversidad, reservas naturales y, en general, la naturaleza y medio ambiente;

II. Actuar en contravención a la cultura de uso racional de agua potable, energía eléctrica, papel o combustible;

III. Transgredir o abstenerse de seguir y respetar las políticas ambientales, sean internas o de aplicación general de no contaminación del aire, separación de residuos y reciclaje;

IV. Realizar actos u omisiones que vulneren los derechos o manifestaciones culturales; o bien dañen o perjudiquen los monumentos arqueológicos, artísticos o históricos;

V. No informar o denunciar ante las autoridades correspondientes los daños o afectaciones al entorno cultural y ecológico, de que se tenga conocimiento

CAPITULO IV

COMPROMISOS DEL SERVICIO PÚBLICO

ARTÍCULO 18. Para la implementación de los principios, valores y reglas de integridad previstas en el presente Código de ética, las personas servidoras públicas asumirán, por lo menos, los compromisos siguientes:

I. Preservar la imagen institucional, conscientes del alto honor y confianza que la sociedad les ha conferido para desempeñar un empleo, cargo o comisión públicos; por lo que estando incluso fuera del horario y espacio laboral, deberán actuar con integridad;

II. Hay que considerar que las redes sociales pueden constituir una extensión de las personas en medios electrónicos, por lo que, sin menoscabo de los derechos a la libertad de pensamiento y de expresión propios, para su uso institucional, procurarán la imagen de las dependencias y entidades, así como la confianza en el servicio público, al mantener un comportamiento acorde con la ética pública y respetuoso de cualquier persona, sin importar su ideología o posicionamiento.

En caso de que las personas servidoras públicas decidan destinar sus redes sociales para hacer públicas las actividades relacionadas con su empleo, cargo o comisión, se colocan en un nivel de publicidad y escrutinio distinto al privado, por lo que, además de lo dispuesto en el párrafo anterior, se abstendrán de realizar conductas que restrinjan o bloqueen la publicidad o interacción de la cuenta a personas determinadas.

III. Emplear lenguaje incluyente y no sexista en todas las comunicaciones institucionales, escritas o verbales, internas o externas, conforme a las disposiciones vigentes al efecto

IV. Rechazar todo tipo de regalos, obsequios, compensaciones, prestaciones, dadivas, servicios

o similares, con motivo del ejercicio de su función, empleo, cargo o comisión, que beneficien a su persona o sus familiares hasta el cuarto grado por consanguinidad o afinidad;

En caso de que las personas servidoras públicas, sin haberlo solicitado, reciban por cualquier medio o persona, alguno de los bienes mencionados en el párrafo anterior, deberán informarlo inmediatamente al órgano interno de control en la dependencia o entidad de su adscripción. Asimismo, procederán a ponerlos a disposición de la autoridad competente en materia de administración y enajenación de bienes públicos.

V. Realizar ejercicios de reflexión ante dilemas éticos, entendidos éstos como la situación en la que es necesario elegir entre dos o más opciones de solución o decisión, con el propósito de optar por la que más se ajuste a la ética pública
Para tal efecto, las personas servidoras públicas deberán:
   a. Conocer y analizar todos los elementos o circunstancias. Que originan y conforman el asunto o situación en particular
   b. Identificar y analizar todas las disposiciones normativas que les son aplicables
   c. Definir las opciones de solución o decisión
   d. Identificar los principios, valores y reglas de integridad en cada opción
   e. Analizar e identificar los posibles efectos, considerando el interés público, desde diversos puntos de vista, tales como, el de la institución, personas implicadas, sociedad, opinión pública o medios de comunicación
   f. Consultar a las instancias o autoridades con atribuciones para pronunciarse sobre el asunto, así como a las personas superiores jerárquicas
   g. Descartar opciones y tomar la decisión o solución que resulte ser más adecuada a la ética publica

VI. Presentar, con apego al principio de honradez previsto en el artículo 7 del presente código, y conforme a los plazos establecidos, las declaraciones de situación patrimonial, de intereses y fiscal, que les corresponda en los términos que disponga la legislación de la materia

VII. Informar a la persona superior jerárquica de los conflictos de intereses o impedimento legal que puedan afectar el desempeño responsable y objetivo de sus facultades y obligaciones

VIII. Actuar con perspectiva de género, en el desempeño de su empleo, cargo o comisión que establecen la ley general para la igualdad entre mujeres y hombres, así como el protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento y acoso sexual.

CAPITULO V

REGLAS DE INTEGRIDAD

ARTÍCULO 19. Reglas de Integridad. Todas las personas servidoras públicas conforme al ámbito de sus competencias observarán las reglas de integridad siguientes:

I. Actuación, desempeño y cooperación con la integridad. Para consolidar instituciones confiables y aspirar a un servicio público de excelencia, actuarán y desempeñarán sus funciones conforme a los principios, valores y compromisos del servicio público, cooperando permanentemente con el fomento e implementación de las acciones que fortalezcan la ética pública.

II. Trámites y servicios. Con el propósito de atender los trámites y servicios que demande la población, actuaran con excelencia, de forma pronta, diligente, honrada, confiable, sin preferencias ni favoritismo, en apego a la legalidad y brindando en todo momento, un trato respetuoso y cordial

III. Recursos humanos. Para impulsar un servicio público que trabaje en beneficio de la sociedad, en materia de recursos humanos, promoverán en su entrono la profesionalización, competencia por mérito, igualdad de género y de oportunidades, capacitación, desarrollo y evaluación de las personas servidoras públicas; asimismo, aplicarán rigurosamente toda disposición que tenga por objeto la correcta planeación, organización y administración del servicio publico

IV. Información pública. A fin de consolidar la transparencia y rendición de cuentas en el servicio público, garantizaran, conforme al principio de máxima publicidad, el acceso a información pública que tengan bajo su cargo, tutelando en todo momento, los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de los datos personales, en los términos que fijen las normas correspondientes;

V. Contrataciones públicas. Para asegurar la mayor economía, eficiencia y funcionalidad en contrataciones públicas de bienes, servicios, adquisiciones, arrendamientos, así como de obras públicas y servicios relacionados con las mismas, actuarán con legalidad, imparcialidad, austeridad republicana y transparencia;

VI. Programas gubernamentales. Para la implementación y operación de los programas gubernamentales, deberán sujetarse a la normativa aplicable con perspectiva de género, así como a los principios de honradez, lealtad, imparcialidad, objetividad, transparencia, eficacia y eficiencia, a fin de contribuir a garantizar el cumplimiento de los objetivos, estrategias y prioridades de los programas establecidos.

VII. Licencias, permisos, autorización y concesiones. Para el otorgamiento de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones, verificarán el cumplimiento de los requisitos, reglas y condiciones

previstas en las disposiciones, y actuarán con legalidad, transparencia y con estricta objetividad e imparcialidad, en aras del interés público

VIII. Administración de bienes muebles e inmuebles. A fin de lograr la mayor utilidad y conservación de bienes muebles e inmuebles de las dependencias y entidades, realizarán las acciones para su uso eficiente y responsable, así como para su optimo aprovechamiento, control, supervisión, resguardo, en su caso, enajenación o transferencia; y promoverán, en todo momento, el cuidado de estos.

IX. Control Interno. Para asegurar la consecución de las metas y objetivos institucionales con eficacia, eficiencia y economía; garantizar la salvaguarda de los recursos públicos; prevenir riesgos de incumplimientos, y advertir actos de corrupción, actuarán con profesionalismo, imparcialidad, objetividad y con estricto cumplimiento de las políticas, leyes y normas;

X. Procesos de evaluación. Con el propósito de analizar y medir el logro de objetivos, metas y resultados derivados de su desempeño, efectuarán los procesos de evaluación actuando con integridad, profesionalismo, legalidad, imparcialidad e igualdad, para obtener información útil y confiable que permita identificar riesgos, debilidades y áreas de oportunidad, así como instrumentar medidas idóneas y oportunas, a efecto de garantizar el cumplimiento de objetivos, estrategias y prioridades de los programas establecidos.

XI. Procedimiento administrativo. Las personas servidoras públicas que participen en la emisión de los actos administrativos, procedimientos y resoluciones que emita la administración pública, deberán conducirse con legalidad e imparcialidad, garantizando la protección de los derechos humanos y las formalidades esenciales del debido proceso.

TITULO SEGUNDO

OBLIGACIONES INSTITUCIONALES E IMPLEMENTACIÓN

CAPITULO I

OBLIGACIONES INSTITUCIONALES

ARTÍCULO 20. Obligaciones institucionales. Corresponde a las dependencias y entidades, el cumplimiento de las siguientes obligaciones:

I. Construir comités de ética para la implementación, promoción, fomento y vigilancia del presente código de ética, así como el código de conducta

II. Emitir un código de conducta a través de la persona que ocupe la titularidad de la dependencia o entidad, el cual será elaborado a propuesta de su

comité de ética, previa aprobación del correspondiente órgano interno de control y con base en las disposiciones emitidas.

III. Identificar los riesgos éticos, entendidos como las situaciones en las que potencialmente pudiera haber un acto de corrupción al transgredirse principios, valores o reglas de integridad durante las labores específicas de las diversas áreas que componen la dependencia o entidad, y que deberán ser detectados a partir del diagnóstico para la elaboración del código de conducta

IV. Emitir un posicionamiento suscrito por la persona titular de la dependencia o entidad, relacionado con la no tolerancia a los actos de corrupción, el cual será difundido proactivamente

V. Proporcionar el código de ética y el de conducta a las personas servidoras públicas de nuevo ingreso, a través de medios físicos o electrónicos, de acuerdo con las políticas de austeridad republicana, a fin de que estas tomen conocimiento de su contenido

VI. Implementar las acciones conducentes para que todas las personas servidoras públicas suscriban el código de ética, así como el de conducta, a través de cartas compromiso

VII. Realizar acciones de capacitación, sensibilización y difusión del código de ética y de conducta en términos de los lineamientos que regulan la operación y funcionamiento de los comités de ética

VIII. Fortalecer los principios de eficacia, igualdad y lealtad a través de prácticas que faciliten el equilibrio entre la vida laboral y personal de las personas servidoras públicas, comprendiendo en ello, la convivencia familiar, el desarrollo académico, o cualquier otra actividad que abone a la libertad y dignidad de éstas en lo particular.

IX. Promover, conforme a la política de integridad del sistema nacional anticorrupción, el conocimiento y aplicación de las directrices que establece el artículo 7 de la ley general de responsabilidades administrativas

X. Diseñar e implementar, de forma proactiva, cualquier otra acción que contribuya a la prevención y atención de vulneraciones al presentar código, conforme a las atribuciones propias de las dependencias y entidades y sus comités de ética, así como el marco normativo en materia de ética pública.

CAPITULO II

IMPLEMENTACIÓN DEL CODIGO DE ÉTICA

ARTÍCULO 21. Vigilancia. Los comités de ética y los órganos internos de control, en las dependencias y entidades, conforme al ámbito de sus atribuciones, vigilaran la observancia de lo dispuesto en este código de ética.

ARTÍCULO 22. Consultas. Cualquier persona podrá consultar a través de medios físicos o electrónicos a los comités de ética, sobre cualquier cuestión relacionada con la aplicación del presente código de ética.

ARTÍCULO 23. Interpretación. Corresponde a la universidad la interpretación administrativa del presente código de ética, así como resolver los casos no previstos en el mismo.

ARTÍCULO 24. Denuncias. Cualquier persona servidora pública o particular podrá denunciar los incumplimientos al código de ética ante las siguientes instancias:

I. Comité de ética: Con una visión preventiva, conocerá de las denuncias presentadas por vulneraciones al código de ética o el de conducta respectivo y, de ser el caso emitirá una determinación en la que podrá emitir recomendaciones en término de los lineamientos emitidos por la secretaria, que tengan por objeto la mejora del clima organizacional y del servicio público.
II. Órgano Interno de Control. Es la autoridad al interior de las dependencias y entidades, encargada del conocimiento de denuncias por presuntas faltas administrativas en términos de la Ley General de Responsabilidades administrativas

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones que en derecho correspondan conforme a la legislación aplicable.

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Introducción

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

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

Por ello, es necesario promover la cultura del Control Interno en la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro, con el fin de impulsar la prevención y la detección de eventos que obstaculicen el logro de los propósitos institucionales.

El objetivo del presente documento, es establecer los lineamientos de operación de Sistema de Control Interno de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro, sensibilizar a los funcionarios que trabajan en todas las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica de la Universidad, sobre la importancia del control interno en el ejercicio de sus facultades, con el objetivo de promover la eficiencia, eficacia y economía en los planes, programas y actividades; obtener información oportuna para la toma de decisiones; asegurar el cumplimiento de las disposiciones normativas y salvaguardar, preservar y mantener los recursos públicos e Institucionales.

La responsabilidad del funcionamiento en la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro es de la estructura organizacional. El Control Interno constituye una serie de acciones que se aplican en las actividades de la misma; debe ser parte de estas y estar integradas en ellas, permitiendo su funcionamiento adecuado y supervisando su comportamiento y aplicabilidad en cada momento.

Antecedentes

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, establece como uno de sus ejes transversales el Combate a la Corrupción y Mejora de la Gestión Pública, busca que las políticas públicas estén encaminadas a eliminar la corrupción y garantizar la

eficiencia de la administración pública. En Política y Gobierno, la Estrategia Nacional de Seguridad Pública aprobada por el Senado de la República, establece entre sus objetivos, erradicar la corrupción y reactivar la procuración de justicia y la regeneración ética de las instituciones y la sociedad.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, estableció como una estrategia transversal el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM), mediante el que se busca contar con un gobierno orientado a resultados, eficiente, con mecanismos de evaluación que permitan mejorar su desempeño y la calidad de los servicios; que simplifique la normatividad y trámites, rinda cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía, que optimice el uso de los recursos públicos, y que utilice las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Así como mejorar la Gestión Pública, consistente en transformar el funcionamiento de sus dependencias y entidades, a través de la mejora en la prestación de bienes y servicios a la población, el incremento en la eficiencia de su operación mediante la simplificación de sus procesos y normas; el mejor aprovechamiento de los recursos, la eficiencia de los procesos vinculados a las contrataciones que realiza el Estado; así como el incremento en el desempeño de los servidores públicos.

El día 12 de julio de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, como parte de las acciones instrumentadas en la Secretaría de la Función Pública para estandarizar bajo criterios de simplificación administrativa, las disposiciones, políticas o estrategias, acciones o criterios y los procedimientos internos en materia de control interno; con la emisión del Acuerdo de Control Interno se regula la implementación del modelo estándar de control interno, la metodología general de administración de riesgos y el funcionamiento del Comité de Control, Desempeño Institucional, fortaleciendo la cultura del autocontrol y la autoevaluación, así como el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones como un medio para contribuir a lograr las metas y objetivos de cada Institución.

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

principios para la efectiva coordinación de las autoridades en materia de fiscalización y control de los recursos públicos.

Durante la quinta reunión plenaria del Sistema Nacional de Fiscalización celebrada en

2014, se publicó el Marco Integrado de Control Interno (MICI) para el Sector Público, basado en el Marco COSO 2013, como un modelo general de control interno, para ser adoptado y adaptado por las instituciones en los ámbitos Federal, Estatal y Municipal, mediante la expedición de los decretos correspondientes.

En este contexto, el Rector Dr. Alberto Flores Olivas ante su compromiso con la transparencia y rendición de cuentas, propone el fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la Institución

Capitulo I

Modelo de Control interno

1. Categorías del objetivo de control interno

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

1.1 Operación: Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos.

1.2 Información:
Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación.

1.3 Cumplimiento:
Observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a la Institución.

1.4 Salvaguarda: Protección de los recursos públicos y prevención de actos de

Corrupción.

2. Normas generales del modelo

Ambiente de Control

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

2.1.1 Principio 1: Mostrar actitud de respaldo y compromiso. El Rector a través del Contralor de la Universidad y la Administración deben tener una actitud de compromiso en lo general con la integridad, que sea congruente con los valores éticos de la institución, mostrando una actitud de

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

Actitud de respaldo del Rector y la Administración.

2.1.1.1 El Rector a través del Contralor de la Universidad y la Administración, deben fomentar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.

2.1.1.2 El Rector a través del Contralor de la Universidad y la Administración, deben promover a través de programas y actividades, los valores de la Universidad.

2.1.1.3 Las directrices y el actuar del Rector y la administración deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los funcionarios y trabajadores universitarios.

2.1.1.4 La actitud de respaldo del Rector y la Administración puede ser un impulsor, como se muestra en los párrafos anteriores, o un obstáculo para el control interno.

Normas de conducta.

2.1.1.5 La Administración debe establecer directrices para comunicar

las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.

2.1.1.6 La Administración, con la supervisión del Rector a través del Contralor de la Universidad, debe definir las expectativas que guarda la Universidad respecto de los valores éticos en las normas de conducta.

Apego a las normas de conducta.

2.1.1.7 La Administración debe establecer procesos para evaluar el desempeño de funcionarios y trabajadores universitarios frente a las normas de conducta de la Universidad y atender oportunamente cualquier desviación identificada.

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

2.1.1.9 La Administración debe determinar el nivel de tolerancia para las desviaciones. Puede establecer un nivel de tolerancia cero para el incumplimiento de ciertas normas de conducta, mientras que el incumplimiento de otras puede atenderse mediante advertencias a

los funcionarios y trabajadores universitarios, siempre atendiendo el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna, consistente y aplicando las leyes y reglamentos correspondientes.

Lineamientos de promoción de la integridad y prevención de la corrupción.

2.1.1.10 La Administración debe articular los lineamientos institucionales de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de una línea ética o mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en la Universidad, como parte del componente de administración de riesgos.

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

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

2.1.2 Principio 2: Ejercer la responsabilidad de vigilancia. El Rector a través del Contralor de la Universidad, es responsable de vigilar el funcionamiento del control interno:

Estructura de vigilancia.

2.1.2.1 El Rector a través del Contralor de la Universidad, es responsable de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características de la Universidad.

Responsabilidades del Contralor de la Universidad en representación del Rector.

2.1.2.2 El Rector a través del Contralor de la Universidad, deben vigilar las operaciones de la Universidad y dar seguimiento para asegurar el logro de los objetivos Institucionales

en congruencia con los lineamientos de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

2.1.2.3 El Rector a través del Contralor General, debe asegurar la comprensión de los objetivos de la Universidad, sus riesgos asociados y las expectativas de sus grupos de interés.

2.1.2.4 El Rector a través del Contralor General, debe demostrar idoneidad requerida para vigilar, deliberar y evaluar el control interno de la Institución.

Vigilancia general del control interno.

2.1.2.5 El Rector a través del Contralor General debe vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del control interno realizado por la Administración. En este sentido, las responsabilidades del Contralor de la Universidad respecto del control interno son, entre otras, las siguientes:

2.1.2.5.1 Ambiente de Control. Establecer y promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, así como la estructura de vigilancia, desarrollar expectativas de competencia

profesional y mantener la rendición de cuentas ante el Rector y de las principales partes interesadas.

2.1.2.5.2 Administración de Riesgos. Vigilar la evaluación de los riesgos que amenazan el logro de las metas y objetivos institucionales, incluyendo el impacto potencial de los cambios significativos, la corrupción y la elusión (omisión) de controles por parte de cualquier funcionario y trabajador universitario.

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

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

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

identificadas. (+ estatuto universitario)

Corrección de deficiencias.

2.1.2.6 El Contralor de la Universidad debe proporcionar información a la Administración para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

2.1.2.7 La Administración debe informar al Rector sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas.

2.1.2.8 El Rector a través del Contralor de la Universidad es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

2.1.3 Principio 3: Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad. El Rector a través del Contralor de la Universidad debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservar la integridad y rendir cuentas de los resultados alcanzados:

Estructura organizacional.

2.1.3.1 El Rector a través del Contralor de la Universidad debe instruir a la Administración y, en su caso, a las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica especializadas, el establecimiento de la estructura organizacional necesaria para permitir la planeación, ejecución, control y evaluación de la Universidad en la consecución de sus objetivos.

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

2.1.3.3 Como parte del establecimiento de una estructura organizacional actualizada, la Administración debe considerar el modo en que las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica interactúan a fin de cumplir con sus responsabilidades.

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

Asignación de responsabilidad y delegación de autoridad.

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

2.1.3.6 La Administración debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica, debe determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas y debe establecer dichos puestos.

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

Documentación y formalización del control interno.

2.1.3.8 La Administración debe desarrollar y

actualizar la documentación y formalización de su control interno.

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

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

2.1.3.11 La extensión de la documentación necesaria para respaldar el diseño, implementación y eficacia operativa de las cinco normas generales de control interno depende del juicio de la Administración, del mandato institucional y de las disposiciones jurídicas aplicables.

2.1.4 Principio 4: Demostrar compromiso con la competencia profesional. La Administración es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo:

Expectativas de competencia profesional.

2.1.4.1 La Administración debe establecer expectativas de competencia profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar a la Institución a lograr sus objetivos.

2.1.4.2 La Administración debe contemplar los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada al establecer expectativas de competencia profesional para los puestos clave y para todo el personal, a través de políticas al interior del SCII:

2.1.4.3 Los funcionarios universitarios deben poseer y mantener un nivel de competencia profesional que les permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia y eficacia del control interno. La Administración debe evaluar la competencia

profesional de funcionarios y trabajadores universitarios.

Atracción, desarrollo y retención de profesionales.

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

Planes y preparativos para la sucesión y contingencias.

2.1.4.5 La Administración debe definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos.

2.1.4.6 La Administración debe seleccionar y capacitar a los candidatos que asumirán los puestos clave.

2.1.4.7 La Administración debe definir los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación.

2.1.5 Principio 5: Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas. La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en la Universidad y hacer responsable a todos los funcionarios universitarios por sus obligaciones específicas en el SCII:

Establecimiento de la estructura para responsabilizar al personal por sus obligaciones de control interno.

2.1.5.1 La Administración debe establecer y mantener una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones específicas en materia de control interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. El Rector a través del Contralor de la Universidad debe evaluar y responsabilizar a la Administración por el desempeño de sus funciones en esta materia.

2.1.5.2 La Administración debe responsabilizar a las organizaciones de bienes y servicios que contrate por las funciones de control interno relacionadas con las

actividades tercerizadas que realicen

2.1.5.3 La Administración, bajo la supervisión del Rector a través del Contralor de la Universidad debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas.

Consideración de las responsabilidades asignadas al personal.

2.1.5.4 La Administración debe mantener el equilibrio entre la responsabilidad y autoridad asignadas a los trabajadores universitarios.

2.1.5.5 La Administración es responsable de evaluar la responsabilidad y autoridad asignada a los trabajadores universitarios para ayudarlos a cumplir con su responsabilidad asignada, en alineación con las normas de conducta y los principios éticos.

2.2 Administración de riesgos

Es el proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o

asociados a los procesos por los cuales se logra la misión de la Universidad, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas. Para la aplicación de esta norma, el Rector a través del Contralor de la Universidad y la Administración deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistemática, que permitan el cumplimiento de los siguientes principios y elementos de control:

2.2.1 Principio 6: Definir metas y objetivos institucionales. El Rector, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos, a través de un Plan de Desarrollo Institucional que, de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación al Plan Nacional y Estatal de Desarrollo:

Definición de objetivos.

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

2.2.1.2 La Administración debe definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles en la Universidad. La definición de los

objetivos debe realizarse en alineación con el mandato, la misión y visión institucional, así como con las metas e indicadores de desempeño.

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

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

2.2.1.5 La Administración debe evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas de la Universidad, así como con el Plan Nacional de Desarrollo.

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

2.2.2 Principio 7: Identificar, analizar y responder a los riesgos. La Administración, debe identificar riesgos en todos los procesos institucionales, analizar su relevancia y

diseñar acciones suficientes para responder a éstos y asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados a los trabajadores universitarios, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas:

Identificación de riesgos.

2.2.2.1 La Administración debe identificar riesgos en toda la Universidad para proporcionar una base para analizarlos, diseñar respuestas y determinar si están asociados con el Plan de Desarrollo Institucional, Planes Estratégicos de Desarrollo y Programas Operativos Anuales, y de conformidad con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

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

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

Análisis de riesgos.

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

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

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

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

Respuesta a los riesgos.

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

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

2.2.3 Principio 8: Considerar el riesgo de corrupción.- La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas

con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos asociados, principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos

Tipos de corrupción.

2.2.3.1 La Administración debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la Universidad, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. Entre los tipos de corrupción más comunes se encuentran:

2.2.3.1.1 Informes financieros fraudulentos. Consistentes en errores intencionales u omisiones de cantidades o revelaciones en los estados financieros para engañar a los usuarios de los estados financieros.

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

2.2.3.1.3 Conflicto de interés. Cuando los intereses personales, familiares o de negocios de un funcionario o trabajador universitario puedan afectar el desempeño independiente e imparcial de sus empleos, cargos, comisiones o funciones.

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

2.2.3.1.5 Pretensión del funcionario o trabajador universitario de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que la Universidad le otorga por el desempeño de su función.

2.2.3.1.6 Participación indebida del funcionario universitario en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier funcionario o trabajador universitario, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio

para él o para un tercero.

2.2.3.1.7 Aprovechamiento del cargo o comisión del funcionario o trabajador universitario para inducir a que otro funcionario o trabajador universitario o tercero efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para un tercero.

2.2.3.1.8 Coalición con otros funcionarios universitarios o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.

2.2.3.1.9 Intimidación del funcionario o trabajador universitario, o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.

2.2.3.1.10 Tráfico de influencias.
Consistente en que el funcionario o trabajador universitario utilice la posición que su empleo, cargo o comisión le confiere para inducir a que otro funcionario o trabajador universitario efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos,

parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el funcionario o trabajador universitario o las personas antes referidas formen parte.

2.2.3.1.11 Enriquecimiento oculto u ocultamiento de conflicto de interés. Cuando en el ejercicio de sus funciones, el funcionario o trabajador universitario llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.

2.2.3.1.12 Peculado. Cuando el funcionario o trabajador universitario autorice, solicite o realice actos para el uso o apropiación para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el funcionario o trabajador universitario o las personas antes referidas formen parte, de recursos públicos, sean materiales, humanos o financieros, sin fundamento jurídico o en contraposición a las normas aplicables.

2.2.3.2 Además de la corrupción, la Administración debe considerar que pueden ocurrir otras transgresiones a la integridad, por ejemplo: el desperdicio de recursos de manera exagerada, extravagante o sin propósito; o el abuso de autoridad; o el uso del cargo para la obtención de un beneficio ilícito para sí o para un tercero.

Factores de riesgo de corrupción.

2.2.3.3 La Administración debe considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren.

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

Respuesta a los riesgos de corrupción.

2.2.3.5 La Administración debe analizar y responder

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

2.2.3.6 La Administración debe responder a los riesgos de corrupción, mediante el mismo proceso de respuesta general y acciones específicas para atender todos los riesgos institucionales analizados. Esto posibilita la implementación de controles anti-corrupción en la Institución. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre funcionarios y trabajadores universitarios para mejorar la segregación de funciones.

2.2.4 Principio 9: Identificar, analizar y responder al cambio. La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el control interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y/o surgir nuevos riesgos.

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

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

Identificación del cambio.

2.2.4.1 En la administración de riesgos o un proceso similar, la Administración debe identificar cambios que puedan impactar significativamente al control interno. La identificación, análisis y respuesta al cambio es parte del proceso regular de administración de riesgos.

2.2.4.2 La Administración debe prevenir y planear acciones ante cambios significativos en las condiciones internas (modificaciones a los programas o actividades

institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología) y externas (cambios en los entornos gubernamentales, económicos, tecnológicos, legales, regulatorios y físicos).

Análisis y respuesta al cambio.

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

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

2.3 Actividades de control.

Son las acciones que define y desarrolla la Administración mediante políticas, procedimientos y tecnologías de la información con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción. Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la Universidad, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos y prevenir la

ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

En todos los niveles de la Universidad existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todos los funcionarios y trabajadores universitarios conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica. Para la aplicación de esta norma, el Rector a través del Contralor de la Universidad y la Administración deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistemática las acciones que permitan el cumplimiento de los siguientes principios y elementos de control:

2.3.1 Principio 10: Diseñar actividades de control. La Administración debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos institucionales, incluyendo los riesgos de corrupción:

<u>Respuesta a los objetivos y riesgos.</u>

2.3.1.1 La Administración debe diseñar actividades de control (políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos) en

respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado

Diseño de actividades de control apropiadas.

2.3.1.2 La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudan al Rector y a la Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en la ejecución de los procesos.

A continuación, se presentan de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la Universidad:

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

2.3.1.2.2 Administración del capital humano.

2.3.1.2.3 Controles sobre el procesamiento de la información.

2.3.1.2.4 Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.

2.3.1.2.5 Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño.

2.3.1.2.6 Segregación de funciones.

2.3.1.2.7 Ejecución apropiada de transacciones.

2.3.1.2.8 Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.

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

2.3.1.2.10 Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno.

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

2.3.1.4 La Administración debe evaluar el propósito de las actividades de control, así como el efecto que una deficiencia tiene en el logro de los objetivos institucionales. Si tales actividades cumplen un propósito significativo o el

efecto de una deficiencia en el control sería relevante para el logro de los objetivos, la Administración debe diseñar actividades de control tanto preventivas como correctivas para esa transacción, proceso, Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica o función.

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

Diseño de actividades de control en varios niveles.

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

2.3.1.7 La Administración debe diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de

los objetivos y los riesgos en las operaciones, así como a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la Institución cumpla con sus objetivos y conduzca los riesgos relacionados.

2.3.1.8 Los controles a nivel Institución tienen un efecto generalizado en el control interno y pueden relacionarse con más de una de las normas generales.

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

2.3.1.10 Al elegir entre actividades de control a nivel Institución o de procesos, la Administración debe evaluar el nivel de precisión necesario para que la Universidad cumpla con sus objetivos y enfrente los riesgos relacionados, considerando el propósito de las actividades de control, su nivel de agregación, la regularidad del control y su correlación directa con los

procesos operativos pertinentes.

Segregación de funciones.

2.3.1.11 La Administración debe considerar la segregación de funciones en el diseño de las responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean segregadas y, cuando dicha segregación no sea práctica, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.

2.3.1.12 La segregación de funciones contribuye a prevenir corrupción en el control interno. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades, incompatibles entre sí, las realiza un solo funcionario universitario, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al riesgo de colusión en el que dos o más funcionarios se confabulan para eludir los controles.

2.3.1.13 Si la segregación de funciones no es práctica para un proceso operativo, debido a personal limitado u otros factores, la Administración debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar el riesgo de

corrupción, desperdicio o abuso en los procesos operativos.

2.3.2 Principio 11: Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC´s.- La Administración debe desarrollar actividades de control, que contribuyan a dar respuesta y reducir los riesgos identificados, basadas principalmente en el uso de las tecnologías de información y comunicaciones para apoyar el logro de metas y objetivos institucionales.

Desarrollo de los sistemas de información.

2.3.2.1 La Administración debe desarrollar los sistemas de información de la Universidad de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.

2.3.2.2 La Administración debe desarrollar los sistemas de información para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos. Dichos sistemas contribuyen a alcanzar los objetivos institucionales y a responder a los riesgos asociados. Un sistema de información se integra por el personal, los procesos, los datos y la tecnología, organizados para obtener,

comunicar o disponer de la información de calidad.

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

2.3.2.3 La Administración debe desarrollar los sistemas de información y el uso de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la Universidad. Las TIC's permiten que la información relacionada con los procesos operativos esté disponible de la forma más oportuna y confiable para la Institución.

Adicionalmente, las TIC's pueden fortalecer el control interno sobre la seguridad y la

> confidencialidad de la información mediante una adecuada restricción de accesos. Aunque las TIC's conllevan tipos específicos de actividades de control, no representan una consideración de

control independiente, sino que son parte integral de la mayoría de las actividades de control.

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

Diseño de los tipos de actividades de control apropiadas.

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

2.3.2.6 Los controles generales (a nivel Institución, de sistemas y de aplicaciones) son las políticas y procedimientos que se aplican a la totalidad o a un segmento de los sistemas de información. Los controles generales fomentan el buen funcionamiento de los sistemas de información mediante la creación de un entorno

apropiado para el correcto funcionamiento de los controles de aplicación. Los controles generales deben incluir la administración de la seguridad, acceso lógico y físico, administración de la configuración, segregación de funciones, planes de continuidad y planes de recuperación de desastres, entre otros.

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

<u>Diseño de la Infraestructura de las T IC's.</u>

2.3.2.8 La Administración debe diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de TIC's. Las TIC's requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los

recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad.

2.3.2.9 La Administración debe evaluar los objetivos de la Universidad y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's.

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

<u>Diseño de la administración de la seguridad.</u>

2.3.2.11 La Administración debe diseñar actividades de control para la gestión de la seguridad sobre los

sistemas de información con el fin de garantizar el acceso adecuado, de fuentes internas y externas a éstos. Los objetivos para la gestión de la seguridad deben incluir la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.

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

2.3.2.13 La Administración debe evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's

tanto de fuentes internas como externas.

2.3.2.14 La Administración debe diseñar actividades de control para limitar el acceso de los usuarios a

las TIC's a través de controles como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de usuarios

Diseño de la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las T IC's.

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

2.3.2.16 La Administración puede adquirir software de TIC's, por lo que debe incorporar metodologías para esta acción y debe diseñar actividades de control sobre su selección, desarrollo continuo y mantenimiento. Las actividades de control sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.

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

2.3.3 Principio 12: Implementar actividades de control. La Administración debe poner en operación políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

<u>Documentación y formalización de responsabilidades a través de políticas.</u>

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

2.3.3.2 La Administración debe documentar mediante políticas para cada Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de sus riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la implementación de los controles y de su eficacia operativa.

2.3.3.3 Los titulares de las Unidades

Organizacionales pueden definir con mayor amplitud las políticas a través de los procedimientos del día a día, dependiendo de la frecuencia del cambio en el entorno operativo y la complejidad del proceso operativo. La Administración debe comunicar a los funcionarios y trabajadores universitarios las políticas y procedimientos para que éste pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas.

Revisiones periódicas a las actividades de control.

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

2.4 Información y comunicación.

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

La información que los funcionarios universitarios

generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el sistema de control interno debe cubrir los requisitos establecidos por la Administración, con la exactitud apropiada, así como con la especificidad requerida del personal pertinente.

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

Para la aplicación de esta norma, el Rector a través del Contralor de la Universidad y la Administración, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistemática de las acciones que permitan el cumplimiento de los siguientes principios y elementos de control:

2.4.1 Principio 13: Usar información relevante y de calidad.- La Administración debe implementar los medios necesarios para que las Unidades

Organizacionales generen y utilicen información relevante y de calidad, que contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales y den soporte al SCIIIdentificación de los requerimientos de información.

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

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

Datos relevantes de fuentes confiables.

2.4.1.3 La Administración debe

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

Datos procesados en información de calidad.

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

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

2.4.2 Principio 14: Comunicar Internamente. La Administración es responsable de que las Unidades Organizacionales establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la

información relevante y de calidad.

Comunicación en toda la Universidad.

2.4.2.1 La Administración debe comunicar información de calidad en toda la Universidad utilizando las líneas de reporte y autoridad establecidas. Tal información debe comunicarse hacia abajo, lateralmente y hacia arriba, mediante líneas de reporte, es decir, en todos los niveles de la Institución.

2.4.2.2 La Administración debe comunicar información de calidad hacia abajo y lateralmente a través de las líneas de reporte y autoridad para permitir que los funcionarios universitarios desempeñen funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al control interno.

2.4.2.3 La Administración debe recibir información de calidad sobre los procesos operativos de la Universidad, la cual fluye por las líneas de reporte y autoridad apropiadas para que los funcionarios y trabajadores universitarios apoyen a la Administración en la

consecución de los objetivos institucionales.

2.4.2.4 El Rector debe recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la Administración y demás funcionarios universitarios. La información relacionada con el control interno que es comunicada al Rector debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de control interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del control interno.

2.4.2.5 Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, los funcionarios y trabajadores universitarios utilizan líneas separadas para comunicarse de manera ascendente.

Métodos apropiados de comunicación.

2.4.2.6 La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse internamente y considerar una serie de factores en la selección de los métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: la audiencia, la naturaleza de la información, la

disponibilidad, los requisitos legales o reglamentarios, el costo para comunicar la información, y los requisitos legales o reglamentarios.

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

2.4.3 Principio 15: Comunicar externamente. La Administración es responsable de que las Unidades Organizacionales establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante.

<u>Comunicación con partes externas.</u>

2.4.3.1 La Administración debe comunicar a las partes externas, y obtener de

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

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

2.4.3.3 La Administración debe recibir información externa a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Administración debe incluir los asuntos significativos relativos a los riesgos, cambios o problemas que afectan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para el funcionamiento eficaz y

apropiado del control interno.

2.4.3.4 El Rector a través del Contralor de la Universidad debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada al Contralor de la Universidad debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas que impactan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del control interno.

2.4.3.5 Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas para comunicarse con la Universidad. La Administración debe informar a las partes externas sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información.

<u>Métodos apropiados de comunicación.</u>

2.4.3.6 La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse

externamente. Asimismo, debe considerar una serie de factores en la selección de métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran: audiencia, la naturaleza de la información, la disponibilidad, el costo, y los requisitos legales o reglamentarios.

2.4.3.7 Con base en la consideración de los factores, la Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o formato electrónico, o reuniones con el personal. De igual manera, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la Institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.

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

2.5 Supervisión y

mejora continua del control institucional.

Son las actividades establecidas y operadas por los responsables designados por el Rector, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno, mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la Administración en cada uno de los procesos que realiza, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías realizadas por los órganos internos de fiscalización, de seguimiento y por otras instancias fiscalizadoras, ya que proporcionan una supervisión adicional a nivel Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica, o función.

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

El Sistema de Control Interno Institucional debe mantenerse en un proceso de supervisión y mejora continua, con el propósito de asegurar que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, verificación y evaluación interna y/o por las diferentes instancias fiscalizadoras, se resuelva con oportunidad y diligencia, dentro

de los plazos establecidos de acuerdo a las acciones a realizar, debiendo identificar y atender la causa raíz de las mismas a efecto de evitar su recurrencia

Para la aplicación de esta norma, el Rector a través del Contralor de la Universidad y la Administración, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistemática, las acciones que permitan el cumplimiento de los siguientes principios y elementos de control:

2.5.1 Principio 16: Realizar actividades de supervisión. La Administración implementará actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados, por lo que deberá realizar una comparación del estado que guarda, contra el diseño establecido por la Administración; efectuar autoevaluaciones y considerar las auditorías y evaluaciones de las diferentes instancias fiscalizadoras, sobre el diseño y eficacia operativa del control interno, documentando sus resultados para identificar las deficiencias y cambios que son necesarios aplicar al control interno, derivado de modificaciones en la Universidad y su entorno.

<u>Establecimiento de bases de referencia.</u>

2.5.1.1 La Administración debe

establecer bases de referencia para supervisar el control interno, comparando su estado actual contra el diseño efectuado por la Administración. Dichas bases representarán la diferencia entre los criterios de diseño del control interno y su estado en un punto específico en el tiempo, por lo que deberán revelar las debilidades y deficiencias detectadas en el control interno de la Universidad.

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

<u>Supervisión del control interno.</u>

2.5.1.3 La Administración debe supervisar el control interno a través de autoevaluaciones y

evaluaciones independientes. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones de la Universidad, se realizan continuamente y responden a los cambios. Las evaluaciones independientes se utilizan periódicamente y pueden proporcionar información respecto de la eficacia e idoneidad de las autoevaluaciones.

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

2.5.1.5 La Administración puede incorporar evaluaciones independientes para supervisar el diseño y la eficacia operativa del control interno en un momento determinado, o de una función o proceso específico. El alcance y

la frecuencia de las evaluaciones independientes dependen, principalmente, de la administración de riesgos, la eficacia del monitoreo permanente y la frecuencia de cambios dentro de la Institución y en su entorno.

2.5.1.6 Las evaluaciones independientes también incluyen auditorías y otras evaluaciones que pueden implicar la revisión del diseño de los controles y la prueba directa a la implementación del control interno.

2.5.1.7 La Administración conserva la responsabilidad de supervisar si el control interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los servicios tercerizados. También debe utilizar autoevaluaciones, las evaluaciones independientes o una combinación de ambas para obtener una seguridad razonable sobre la eficacia operativa de los controles internos sobre los procesos asignados a los servicios tercerizados.

<u>Evaluación de resultados.</u>

2.5.1.8 La Administración debe evaluar y documentar los resultados de las autoevaluaciones y de las evaluaciones independientes para identificar problemas en el control interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar si el control interno es eficaz y apropiado.

2.5.1.9 La Administración debe identificar los cambios que han ocurrido en el control interno, derivados de modificaciones en la Universidad y en su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Administración a identificar problemas en el control interno como son las quejas o denuncias de la ciudadanía y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos

2.5.2 Principio 17: Evaluar los problemas y corregir las deficiencias.- Todos los funcionarios universitarios deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como al Rector a través del Contralor de la Universidad y a la Administración, a través de las líneas de reporte establecidas; la Administración es responsable de corregir las

deficiencias de control interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por los responsables.

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

Informe sobre problemas.

2.5.2.1 Los funcionarios universitarios deben reportar a las partes internas y externas adecuadas los problemas de control interno que haya detectado, mediante las líneas de reporte establecidas, para que la Administración, las Unidades Organizacionales especializadas, en su caso, y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones.

2.5.2.2 Los funcionarios universitarios pueden identificar problemas de control interno en el desempeño de sus responsabilidades. Asimismo, debe comunicar estas cuestiones internamente al funcionario clave responsable del control interno o proceso asociado y, cuando sea necesario, a otro de un nivel superior a dicho responsable. Dependiendo de la

naturaleza de los temas, puede considerar informar determinadas cuestiones al Rector a través del Contralor de la Universidad.

2.5.2.3 En función de los requisitos legales o de cumplimiento, la Universidad también puede requerir informar de los problemas a los terceros pertinentes, tales como legisladores, reguladores, organismos normativos y demás encargados de la emisión de criterios y disposiciones normativas a las que la Institución está sujeta.

Evaluación de problemas.

2.5.2.4 La Administración debe evaluar y documentar los problemas de control interno y debe determinar las acciones correctivas apropiadas para hacer frente oportunamente a los problemas y deficiencias detectadas. Adicionalmente, puede asignar responsabilidades y delegar autoridad para la apropiada corrección de las deficiencias de control interno.

Acciones correctivas.

2.5.2.5 La Administración debe poner en práctica y documentar en forma oportuna las acciones para corregir las deficiencias de control interno. Dependiendo de

la naturaleza de la deficiencia, el Rector a través del Contralor de la Universidad o la Administración, deben revisar la pronta corrección de las deficiencias, comunicar las medidas correctivas al nivel apropiado de la estructura organizativa, y delegar a los funcionarios universitarios apropiados la autoridad y responsabilidad para realizar las acciones correctivas.

Capitulo II

Sistema de Control Interno Institucional.

1. Responsabilidades y funciones.

El control interno es responsabilidad de la Contraloría General, quien lo implementa con apoyo de la Administración y todos los funcionarios universitarios, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

Genéricas.

Todos los funcionarios universitarios son responsables de:

1.1.1 Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus

actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y adjetivos en los que participan y/o son responsables.

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

1.2 Del Rector y la Administración:

1.2.1 Determinarán las metas y objetivos Institucionales como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Universidad para la consecución de los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional, Planes Estratégicos de Desarrollo y Programas Operativos Anuales, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

1.2.2 El Rector recibirá un informe anual del estado que guarda el SCII.

1.3 Del Contralor de la Universidad:

1.3.1 Establecerá y mantendrá un Sistema de Control Interno Institucional apropiado, operando y actualizado conforme a las normas generales de control interno, sus principios y elementos de control; además de

supervisar periódicamente su funcionamiento.

1.3.2 El Contralor de la Universidad supervisará que la evaluación del SCII se realice por lo menos una vez al año y se elabore un informe sobre el estado que guarda.

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

1.3.4 El Contralor de la Universidad aprobará el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención.

1.3.5 El Contralor de la Universidad aprobará la metodología para la administración de riesgos.

1.3.6 El Contralor de la Universidad instruirá y supervisará que las Unidades Organizacionales, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos inicien y concluyan el proceso de administración de riesgos institucional y acordará con el Coordinador de Control

Interno la metodología de administración de riesgos.

1.3.7 El Contralor de la Universidad instruirá a las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y analicen la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigar dichos riesgos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz de Administración de Riesgos y el PTAR.

1.3.8 El Contralor de la Universidad recibirá y evaluará el informe anual y PTCI. Podrá formular recomendaciones en caso de identificar áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de control.

1.3.9 El Contralor de la Universidad recibirá y evaluará el informe de avance trimestral del PTCI. Podrá formular recomendaciones en caso de identificar áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de control.

<u>En la administración de riesgos:</u>

1.3.10 El Contralor de la Universidad debe apoyar a la Universidad de forma permanente, en las recomendaciones formuladas sobre el

proceso de administración de riesgos.

1.3.11 El Contralor General debe emitir opiniones vinculantes, a través de su participación en los equipos de trabajo que para tal efecto constituya el Enlace de Administración de Riesgos.

1.3.12 El Contralor General debe presentar en la primera sesión ordinaria del Comité, su opinión y/o comentarios sobre el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

1.3.13 El Contralor de la Universidad recibirá y evaluará el informe de avance trimestral del PTAR. Podrá formular recomendaciones en caso de identificar áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de control.

1.4 Del Jefe del Departamento de Auditoría Interna:

1.4.1 Evaluar el reporte de avances trimestral del PTCI y emitir el informe correspondiente dentro de los **15 días hábiles** posteriores a la recepción del reporte.

1.4.2 Evaluar el reporte de avances trimestral del PTAR y emitir el informe correspondiente dentro de los **15 días hábiles**

posteriores a la recepción del reporte.

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

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

1.5 Del Coordinador de Control Interno:

<u>En el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional:</u>

1.5.1 Ser el canal de comunicación e interacción de las Unidades Organizacionales con el Contralor de la Universidad en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del SCII.

1.5.2 Acordar con el Contralor de la Universidad las acciones para la implementación y operación del Modelo de Control Interno.

1.5.3 Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Universidad.

1.5.4 Revisar el proyecto de reporte anual y el PTCI generado por el Enlace de

Control Interno.

1.5.5 Presentar para aprobación del Contralor de la Universidad el informe anual.

1.5.6 Presentar al Rector el informe anual.

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

1.5.8 Presentar al Jefe del Departamento de Auditoría Interna el reporte de avances trimestral del PTCI para su evaluación.

<u>En la administración de riesgos:</u>

1.5.9 Acordar con el Contralor de la Universidad la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las Unidades Organizacionales, por conducto del Enlace de Administración de Riesgos en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;

1.5.10 Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda formalmente en todas las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica y se constituya como proceso

sistemático y herramienta de gestión.

1.5.11 Convocar a los titulares de todas las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica de la universidad, a los integrantes del Comité de Control Interno, al Contralor de la Universidad y al Enlace de Administración de Riesgos, para integrar el grupo de trabajo que definirá la matriz, el mapa y el PTAR, para la autorización del Contralor de la Universidad, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto.

1.5.12 Coordinar y supervisar que el proceso de administración de riesgos se implemente en apego a lo establecido en las presentes disposiciones y ser el canal de comunicación e interacción con el Contralor de la Universidad y Enlace de Administración de Riesgos;

1.5.13 Revisar los proyectos de matriz y mapa de riesgos y el PTAR, conjuntamente con el Enlace de Administración de Riesgos

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

1.5.15 Presentar al Jefe del Departamento de Auditoría Interna el reporte de avance trimestral del PTAR para su evaluación.

1.5.16 Presentar anualmente para firma del

Contralor de la Universidad y el Enlace de Administración de Riesgos la matriz y mapa de riesgos, el PTAR y el reporte anual del comportamiento de los riesgos.

1.5.17 Presentar anualmente al Rector el reporte anual del comportamiento de los riesgos.

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

1.5.19 Comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la matriz de administración de riesgos, al mapa de riesgos y al PTAR determinados en el Comité.

<u>En el Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías:</u>

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

1.6 Del Enlace del Sistema de Control Interno institucional.

1.6.1 Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control

Interno y las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica.

1.6.2 Definir las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica y los procesos prioritarios en donde serán aplicadas las evaluaciones del SCII.

1.6.3 Instrumentar a través del sistema informático de control interno universitario, la preparación del ambiente de trabajo con la finalidad de que las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica realicen la evaluación de sus procesos prioritarios.

1.6.4 Revisar con los responsables de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las normas generales, sus principios y elementos de control interno.

1.6.5 Elaborar el proyecto del informe anual y del PTCI para revisión del

Coordinador de Control Interno.

1.6.6 Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del

Coordinador de Control Interno.

1.6.7 Verificar que los funcionarios universitarios responsables registren en el sistema informático de control interno los reportes de avances trimestrales del PTCI.

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

1.7 Del Enlace de Administración de Riesgos:

1.7.1 Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica.

1.7.2 Informar y orientar a las Unidades Organizacionales sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la matriz de administración de riesgos.

1.7.3 Revisar y analizar la información proporcionada por las Unidades Organizacionales en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos

institucionales de la matriz, mapa de riesgos y PTAR; el reporte de avances trimestral del PTAR; y el reporte anual del comportamiento de los riesgos.

1.7.4 Verificar que los funcionarios universitarios responsables registren en el sistema informático de control interno los reportes de avances trimestrales del PTAR.

1.7.5 Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones.

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

1.7.7 Agregar en la matriz de administración de riesgos, el PTAR y el mapa de riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por las Unidades Organizacionales, así como los determinados por el Comité

1.8 Del Enlace del Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y Tecnologías.

1.8.1 Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control

Interno y las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica.

1.8.2 Verificar con el Coordinador de Control Interno que se tenga la información de avance trimestral de PTCI y PTAR con 5 **días hábiles** de anticipación a la celebración del Comité, para que los vocales puedan revisar la información previa al mismo.

1.8.3 Preparar las sesiones y las convocatorias.

1.8.4 Registrar en el sistema informático de control interno de la Universidad las sesiones, el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

1.8.5 Generar los informes de acuerdos y enviar al Coordinador de Control Interno la información para su posible incorporación en el PTCI y PTAR.

Evaluación y fortalecimiento.

2.1 Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

El SCII deberá ser evaluado anualmente, en el mes de noviembre de cada ejercicio, por los titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivos) en el ámbito de su competencia, identificando, registrando en el sistema informático de control interno de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro, anexando al mismo y conservando la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las cinco normas generales de control interno, sus 17 principios y elementos de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

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

El Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y Tecnologías determinará los procesos prioritarios (sustantivos y adjetivo) 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 macro proceso, estar concatenados entre sí, o que se ejecuten de manera transversal entre

varias Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica.

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

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

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

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

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 relación a los recursos presupuestales asignados.

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

G. Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

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

La evaluación del SCII se realizará a mediante el uso del sistema informático de control interno de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro en el cual, los Titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica responsables de los procesos a evaluar, responderán la evaluación anexando la evidencia correspondiente, para que posteriormente sea analizada y dictaminada por el Coordinador de Control Interno.

La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de las cinco normas generales y sus principios descritos en el Capítulo I, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

2.1.1 Ambiente de control.

2.1.1.1 Los titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica, deberán conocer y asegurar en su área de trabajo el cumplimiento de metas y

objetivos, visión y misión institucionales

2.1.1.2 Los objetivos y metas derivados del Plan de Desarrollo Institucional deberán estar comunicados y asignados a los Rectores de la Unidades Organizacionales y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento.

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

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

2.1.1.5 La estructura organizacional deberá definir la autoridad y responsabilidad, segregar y delegar funciones, delimitar facultades entre el

personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos.

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

2.1.1.7 El manual de organización y de procedimientos de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica que intervienen en los procesos deberá estar alineado a los objetivos y metas institucionales y se actualizarán con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable.

2.1.1.8 Se deberá operar en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos).

2.1.2 Administración de riesgos.

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

implementación de acciones de control;

2.1.2.2 Las actividades de control interno deberán atender y mitigar los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas deberán ser ejecutadas por los funcionarios y trabajadores universitarios facultados conforme a la normatividad;

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

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

2.1.3 Actividades de control.

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

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

2.1.3.3 Se deben tener en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que midan su avance, resultados y se analicen las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales;

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

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

2.1.3.6 Se deben identificar en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un PTCI para su seguimiento y atención;

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

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

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

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

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

2.1.4 Información y comunicación.

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

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

2.1.4.3 Dentro del SIIU se deberá generar información útil, oportuna, suficiente y confiable. Contable, programática y presupuestal.

2.1.4.4 Se deberá contar con el registro correspondientes a los acuerdos aprobados en las sesiones del H. Consejo Universitario, así como los acuerdos y compromisos de comités institucionales, de grupos de alta dirección y su seguimiento a fin de que se cumplan en tiempo y forma;

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

denuncias (Institucional); y

2.1.4.6 Se debe contar con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permita al Rector y, en su caso, al H. Consejo Universitario realizar seguimientos y tomar decisiones (Institucional).

2.1.5 Supervisión y mejora continua.

2.1.5.1 Se deben realizar las acciones correctivas y preventivas que contribuyan a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de las cinco normas (Componentes) de control interno;

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

2.1.5.3 Se deben llevar a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y adjetivos por parte de los órganos fiscalizadores, de evaluación y de seguimiento o de una instancia independiente

para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

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

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

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación, el Coordinador de Control Interno presentarán con su firma autógrafa un informe anual:

A. Al Rector y al Contralor de la Universidad a más tardar el **31** de **enero** de cada año posterior a la evaluación;

B. Al Comité en la primera sesión ordinaria.

El informe anual se integrará con los siguientes apartados:

2.2.1 Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

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

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

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

2.2.1.4 Debilidades o áreas de oportunidad en el SCII.

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

2.2.3 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 contarán con documentos de soporte generados con el apoyo del sistema informático de control interno de la Universidad.

2.3 Integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control

Interno

Integración del PTCI y acciones de mejora.

El Programa de Trabajo de Control Interno deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SCII, las cuales pueden presentar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes, también deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de mejora, la Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica y el responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización del Contralor de la Universidad, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace del SCII.

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

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

El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por el Contralor de la Universidad, derivadas de la evaluación al informe anual y al PTCI original, al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de control determinadas por la Institución. El PTCI actualizado y debidamente firmado deberá presentarse a más tardar en la segunda

sesión ordinaria del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

Reporte de avances trimestral del PTCI.

2.3.1 El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno en coordinación con el Enlace de Control Interno y los Titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica responsables para el registro en el sistema informático de control interno del avance de la acciones establecidas en el PTCI y con ello informar trimestralmente al Jefe del Departamento de Auditoría Interna y al Contralor de la Universidad el resultado, a través del reporte de avances trimestral, el cual deberá contener:

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

2.3.1.2 En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora

reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité.

2.3.1.3 Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas, su contribución como valor agregado para corregir debilidades y fortalecer el Sistema de Control Interno.

2.3.1.4 Firma del Coordinador de Control Interno.

2.3.2 El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte:

2.3.2.1 Al Jefe del Departamento de Auditoría Interna, dentro de los **15 días hábiles** posteriores al cierre de cada trimestre, para que pueda emitir su informe de evaluación.

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

<u>Informe de evaluación del Jefe del Departamento de Auditoría Interna al reporte de avances</u>

<u>trimestral del PTCI.</u>

El Jefe del Departamento de Auditoría Interna realizará la evaluación del reporte de avances trimestral del PTCI y elaborará el informe de evaluación de cada uno de los

aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará:

A. Al Coordinador de Control Interno, dentro de los **15 días hábiles** posteriores a la recepción del reporte de avance trimestral del PTCI

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

2.4 Evaluación del Contralor de la Universidad al informe anual y PTCI.

Informe de resultados.

El Contralor de la Universidad evaluará el informe anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el informe de resultados:

A. Al Rector a más tardar el último día hábil del mes de febrero.

B. Al Comité, en su primera sesión ordinaria. De su contenido y criterios para su elaboración.

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

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

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

C. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los 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.

D. Conclusiones y recomendaciones.

Los Titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule la Contraloría de la Universidad, en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes disposiciones

Capitulo II

Administracion de riesgos

1. Proceso de administración de riesgos

1.1 Inicio del proceso

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último trimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica de la Universidad, el Contralor de la Universidad, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (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.

1.2 Etapas de la metodología.

La metodología general de administración de riesgos aplicada en la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro se basa en los lineamientos establecidos por la Secretaría de la Función Pública y la Auditoría Superior

de la Federación, de acuerdo a los documentos publicados que se indican en la sección de referencia normativa.

1.2.1 Identificar objetivos estratégicos.

Se realizará conforme a lo siguiente:

1.2.1.1 Considerar el Plan de Desarrollo Institucional, identificar y definir 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.

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

1.2.1.3 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 los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos.

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

D. Constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la

Institución para el adecuado análisis de los riesgos.

1.2.2 Contexto en el cual se materializan los riesgos.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

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

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

1.2.3 Identificación de riesgos.

Se realizará conforme a lo siguiente:

1.2.3.1 Identificación, selección y descripción de riesgos. Se realizará con

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

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

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

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

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

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

E. Entrevistas: Éstas consisten en realizar una serie de preguntas relacionadas con los eventos que amenazan el logro de los objetivos. Se aplican a los funcionarios universitarios de diferentes niveles jerárquicos de una o varias Unidades Organizacionales.

F. El análisis de indicadores de gestión, de desempeño o de riesgos : Deberán establecerse con anterioridad y evaluar

sus desviaciones, es decir, que su comportamiento está por encima o debajo del rango normal, esto debe analizarse para determinar si esa desviación se debe a algún riesgo materializado o su comportamiento anormal tiene alguna explicación diferente a un riesgo.

G. Cuestionarios: Consisten en una serie de preguntas enfocadas a detectar las preocupaciones de los funcionarios de mandos superiores, medios u operativos sobre riesgos que se perciben en las actividades que desempeñan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Técnico-Administrativo: Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Los riesgos se registrarán atendiendo a estos atributos, en el sistema informático de control interno de la Universidad.

1.2.4 Evaluación de riesgos.

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

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

Escala de valor	Categoría.	Descripción.
9 - 10	Catastrófico.	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión y objetivos de la Institución; asimismo puede implicar pérdida patrimonial o daño de la imagen, dejando además sin funciones total o parcialmente por un periodo importante de tiempo, afectando los programas o servicios que entrega la Universidad.
7 -	Mu	Probabilidad de ocurrencia alta. Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
5	Moderado.	Causaría una pérdida importante en el patrimonio o
3 - 4	Bajo.	No afecta el cumplimiento de los objetivos estratégicos y que en caso de materializarse podría causar daño al patrimonio o imagen, que se puede
1	Menor.	Podría tener afectos muy pequeños en la

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

Escala de valor.	Probabilidad de Ocurrencia.	Descripción.
5-6	Probable.	Probabilidad de ocurrencia media. Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
3-4	Inusual.	Probabilidad de ocurrencia baja. Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
1-2	Remota.	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.

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

Escala de valor.	Probabilidad de Ocurrencia.	Descripción.
9-10	Recurrente.	Probabilidad de ocurrencia muy alta. Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 1
7-8	Muy Probable.	Probabilidad de ocurrencia alta. Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.

La evaluación de riesgos se podrá llevar a cabo con técnicas cualitativas que consisten en valorar la probabilidad desde una perspectiva de juicio de expertos, quienes conocen de manera muy precisa las actividades, los procesos y el entorno en el cual se desempeñan las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica.

Existen también técnicas cuantitativas para evaluar riesgos, las cuales, consisten en determinar el valor de un riesgo mediante modelos estadísticos y calcular la pérdida esperada por materialización de riesgos; estas técnicas, se podrán utilizar una vez que se cuente con información suficiente en tiempo y calidad, es decir, que la Institución tenga registros de riesgos materializados de por lo menos los últimos cinco años.

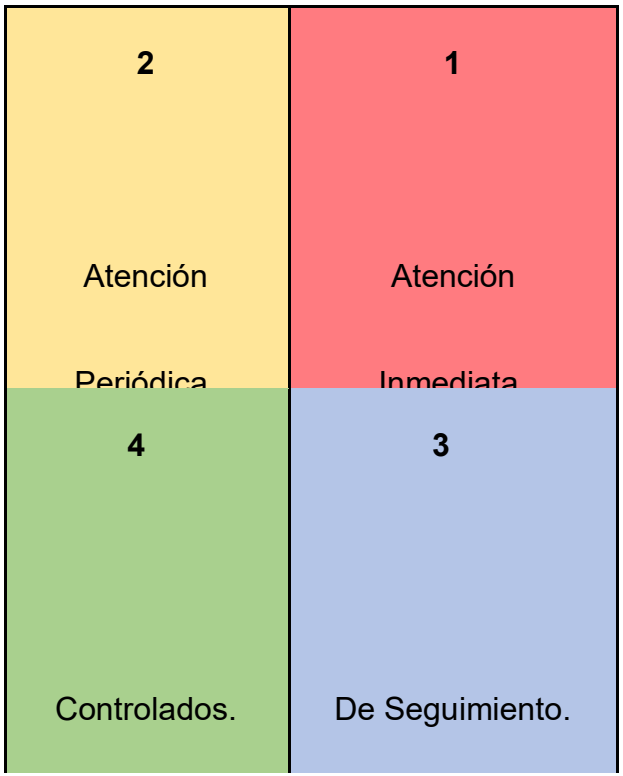
La evaluación a los riesgos se registrará en el sistema informático de control interno de la Universidad.

1.2.5 Priorizacion de riesgos

Una vez realizada la valoración de la probabilidad e impacto, es necesario priorizar los riesgos, este proceso permite determinar cuáles riesgos requieren un tratamiento inmediato, de acuerdo con el siguiente mapa de riesgos que ubica cada riesgo identificado en el cuadrante que le corresponda de acuerdo con su evaluación; de esta forma la Universidad está en posibilidades de establecer sus niveles de tolerancia a los riesgos.

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

Mapa de Riesgos.



Cuadrante 1. Riesgos de atención inmediata. Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor mayor a 5 y hasta10 de ambos ejes.

Cuadrante 2. Riesgos de atención periódica. Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5.

Cuadrante 3. Riesgos controlados. Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes.

Cuadrante 4. Riesgos de seguimiento. Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

1.2.6 Evaluación de controles.

Se realizará conforme a lo siguiente:

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

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

1.2.6.3 Determinar el tipo de control:

A. Preventivo. **B.** Correctivo. **C.** Detectivo.

1.2.6.4 Identificar en los controles lo siguiente:

Deficiencia: Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:

A. Está documentado: Se encuentra descrito.

B. Está formalizado: Se encuentra autorizado por el H. Consejo Universitario.

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

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

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

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

1.2.6.6 La evaluación a los controles se registrarán en el sistema informático de control interno de la Universidad.

1.2.7 Evaluación de riesgos respecto a controles.

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

1.2.7.1 La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;

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

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

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

1.2.8 Definición de estrategias y acciones de control para responder a los riesgos.

Se realizará considerando lo siguiente:

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

A. Evitar el riesgo.- Se refiere a 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

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

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

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

D1 Protección o Cobertura: Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia.

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

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

D3 Diversificación: Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.

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

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

1.2.8.3 Para los riesgos de corrupción que hayan identificado las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica, 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.

1.2.8.4 Las estrategias y planes de acciones PTAR se registrarán en el sistema informático de control interno de la Universidad.

1.3 Riesgos de corrupción.

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

1.3.1 Identificación del riesgo.

Para la identificación de los riesgos de corrupción, la Institución deberá

considerar los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, así como los trámites y servicios internos y externos.

1.3.2 Contexto en el cual se materializan los riesgos.

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

1.3.3 Evaluación de riesgos respecto a controles.

Tratándose de los riesgos de corrupción no se tendrán en cuenta la clasificación y los tipos de riesgos establecidas en el punto 1.2.4.1 de la etapa de evaluación de riesgos, debido a que serán de impacto grave, ya que la materialización de este tipo de riesgos es inaceptable e intolerable, en tanto que lesionan la imagen, confianza, credibilidad y transparencia de la Institución, afectando los recursos públicos y el cumplimiento de las funciones de administración.

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

1.4 Nivel de tolerancia.

El apetito de riesgo de acuerdo con el modelo MICI, es el riesgo que la Universidad está dispuesta a aceptar en la

búsqueda del logro de sus objetivos y metas institucionales.

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

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

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

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

1.4.1 El Contralor de la Universidad propondrá los niveles de tolerancia necesarios para la gestión del riesgo, mismos que someterá, al Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías, para su aprobación.

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

1.4.3 Una vez aprobados los niveles de tolerancia por el Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías, serán comunicados a las áreas involucradas.

1.4.4 El Contralor de la Universidad instruirá a realizar periódicamente la supervisión, de acuerdo con la frecuencia establecida en los indicadores, el comportamiento de los niveles de tolerancia se informará al Comité de Control Interno,

Desempeño Institucional y de Tecnologías de manera trimestral por medio del reporte de riesgo emitido.

1.4.5 Los responsables de cada riesgo deben supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia mediante de indicadores de riesgos establecidos por el Rector y autorizados por el Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías.

1.4.6 En caso de que el nivel de riesgo observado exceda el nivel de tolerancia autorizado, se informará inmediatamente después de haberla detectado al Coordinador de Control Interno.

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

1.5 Servicios tercerizados.

La Universidad supervisará el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la Institución, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica que involucre dichos servicios, solicitará al responsable del servicio, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar la implementación y operación de los controles, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno de la Institución.

El titular de la Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica en coordinación con el Coordinador de Control Interno debe determinar si los controles internos establecidos por los servicios tercerizados son apropiados para asegurar que la Institución alcance sus objetivos y responda a los riesgos asociados, o si se deben establecer controles complementarios en el control interno de la Universidad.

2. Seguimiento de la Administración de Riesgos.

2.1 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

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

2.1.1 Los riesgos.

2.1.2 Los factores de riesgo.

2.1.3 Las estrategias para administrar los riesgos.

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

A. Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica.

B. Responsable de su implementación.

C. Las fechas de inicio y término.

D. Medios de verificación.

El PTAR se registrará en el sistema informático de control interno de la Universidad.

2.2 Reporte de avances trimestral del PTAR.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno, el Enlace de Administración de Riesgos y los Titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica responsables para registrar en el sistema informático de control interno el avance en las acciones establecidas y con ello informar trimestralmente al Jefe del Departamento de Auditoría Interna y al Contralor de la Universidad el resultado, a través del reporte de avances trimestral del PTAR, el cual deberá contener lo siguiente:

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

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

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

2.2.4 Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de

Riesgos.

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

2.2.5 Al Jefe del Departamento de Auditoría Interna dentro de los **15 días hábiles** posteriores al cierre de cada trimestre para fines del informe de evaluación;

2.2.6 Al Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías a través del sistema informático de control interno de la Universidad, en las sesiones ordinarias como sigue:

A. Reporte de avances del

primer trimestre en la segunda

sesión.

B. Reporte de avances del

segundo trimestre en la tercera

sesión. **C.** Reporte de avances

del tercer trimestre en la cuarta

sesión.

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

El reporte se generará con el apoyo del sistema informático de control interno de la Universidad.

2.3 Registro en sistema y evidencia documental del PTAR.

Los evidencia documental y/o electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será registrada y resguardada por los Titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica

responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional en el sistema informático de control interno de la Universidad y deberá ponerse a disposición de los órganos fiscalizadores, a través del Enlace de Administración de Riesgos.

2.4 Informe de evaluación del Jefe del Departamento de AuditoríaInterna al reporte de avances trimestral del PTAR.

El Jefe del Departamento de Auditoría Interna 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:

2.4.1 Al Comité, a través del sistema informático de control interno de la Universidad, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada trimestre.

2.5 Reporte anual de comportamiento de los riesgos.

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

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

2.5.2 Comparativo del total de riesgos por cuadrante.

2.5.3 Variación del total de riesgos y por cuadrante.

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

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

Capitulo IV

Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías.

1. Objetivos del comité.

El Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías, se constituye en la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro para el cumplimiento de los siguientes objetivos:

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

1.2 Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;

1.3 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;

1.4 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;

1.5 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;

1.6 Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de órganos fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de las misma

Integración del comité

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

A. El Presidente: Contralor de la Universidad.

B. El Vocal Ejecutivo: El titular de la Dirección General Administrativa.

C. Vocales:

C1 El titular de la Dirección General Administrativa.

C2 El Jefe del Departamento de Contabilidad.

C3 El Jefe del Departamento de Auditoría Interna.

C4 El titular de la Dirección de Planeación y Evaluación.

C5 El Jefe del Departamento Jurídicos.

C6 El Subdirector de Telecomunicaciones e Informática.

C7 El Enlace del Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y deTecnologías.

2.1 Invitados.

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

A. Los Titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica competentes de los asuntos a tratar en la sesión.

B. Los funcionarios y 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.

C. Los Enlaces del Sistema de Control Interno, de Administración de Riesgos y del Comité.

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

2.2 Suplentes

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

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

3. Atribuciones del comité y funciones de los miembros.

3.1 Atribuciones del comité.

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

3.1.1 Aprobar el Orden del Día.

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

3.1.2.1 El informe anual.

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

3.1.2.3 Las recomendaciones contenidas en el informe de resultados del

Contralor de la Universidad derivado de la evaluación del informe anual.

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

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

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

3.1.3.2 El reporte de avances trimestral del PTAR.

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

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

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

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

3.1.4.2 La evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de los programas sectoriales, institucionales y/o especiales y de sus indicadores relacionados.

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

3.1.5 Aprobar acuerdos para atender las debilidades de control detectadas, derivado del resultado de quejas, denuncias, inconformidades, procedimientos administrativos de responsabilidad, observaciones de instancias fiscalizadoras y de las sugerencias formuladas por conductas contrarias al Código de Ética y al Código de Conducta;

3.1.6 Tomar conocimiento del reporte del análisis del desempeño de la Institución, que elabore la Dirección de Planeación y Evaluación, así como de la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) de los programas presupuestarios, aprobados para el ejercicio fiscal de que se trate, estableciendo los acuerdos que procedan;

3.1.7 Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su

cumplimiento en tiempo y forma;

3.1.8 Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;

3.1.9 Ratificar las actas de las sesiones, y

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

3.2 Funciones del Presidente del Comité.

El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

3.2.1 Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del orden del día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los Titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica competentes de la Universidad

3.2.2 Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;

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

3.2.4 Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados externos ajenos a la Universidad;

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

3.2.6 Fomentar la actualización de conocimientos y capacidades de los miembros propietarios en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

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

3.2.8 Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta del orden del día;

3.3 Funciones de los miembros propietarios.

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

3.3.1 Proponer asuntos específicos a tratar en el orden del día del Comité;

3.3.2 Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y

forma de los acuerdos del Comité;

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

3.3.4 Proponer la participación de invitados externos a la Universidad;

3.3.5 Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del C omité;

3.3.6 Analizar los informes y la documentación soporte de cada sesión integrada en el sistema informático de control interno, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos;

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

3.4 Funciones del Enlace del Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías.

El Enlace del Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías tendrá las funciones siguientes:

3.4.1 Validar que la información institucional fue integrada y capturada en el sistema informático por el Enlace del Comité para su consulta por los convocados, con **cinco días hábiles** de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión;

3.4.2 Presentar por sí, o en coordinación con los titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica, riesgos de atención inmediata y/o de corrupción no reflejados en la matriz de administración de riesgos;

3.4.3 Elaborar la cédula de problemáticas o situaciones críticas.

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

3.4.5 Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo;

3.4.6 Verificar el registro en el sistema informático de control interno de la Universidad por parte del Enlace del Comité, respecto de la información que compete a las Unidades Organizacionales.

3.4.7 Informar a los miembros e invitados el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;

3.5 Funciones del Vocal Ejecutivo.

El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

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

3.5.2 Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Presidente, los asuntos del orden del día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los Titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica competentes de la Universidad;

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

3.5.4 Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;

4. Políticas de operación.

4.1 De las sesiones.

4.1.1 Tipo de sesiones y periodicidad.

El Comité celebrará **cuatro sesiones** al año de manera ordinaria y en forma

extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de asuntos específicos relativos al desempeño institucional, debiendo celebrarse preferentemente al inicio de la jornada laboral, con objeto de no interrumpir la continuidad de las labores.

Las sesiones ordinarias deberán celebrarse 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.

4.1.2 Convocatorias.

La convocatoria y la propuesta del orden del día, deberá ser enviada por el Enlace del comité a los miembros e invitados, con **cinco días hábiles** de anticipación para sesiones ordinarias y de **dos días hábiles**, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar,

fecha y hora de celebración de la sesión

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

4.1.3 Calendario de sesiones.

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

4.1.4 Desarrollo de las sesiones y registro de asistencia.

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

En cada reunión se registrará la asistencia de los participantes, recabando las firmas correspondientes.
En el caso de las sesiones virtuales bastará con su firma autógrafa en el acta.

4.1.5 Quórum Legal.

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

Cuando no se reúna el quórum legal requerido, el Vocal Ejecutivo levantará constancia del hecho y a más tardar el siguiente día hábil, convocará a los miembros para realizar la sesión dentro de los **3 días hábiles** siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse.

4.2 Del orden del día.

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

El orden del día se integrará conforme a lo siguiente:

4.2.1 Lista de asistencia;

4.2.2 Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;

4.2.3 Aprobación del orden del día;

4.2.4 Lectura y ratificación del acta de la sesión anterior;

4.2.5 Seguimiento de acuerdos.

Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados,

conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse el Presidente determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones

4.2.6 Cédula de problemáticas o situaciones críticas.

La cédula deberá ser elaborada por el Enlace del Comité a sugerencia de los miembros o invitados del Comité, considerando, en su caso, la información que proporcionen las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica, cuando existan o se anticipen posibles incumplimientos normativos y/o variaciones en programas presupuestarios o en cualquier otro tema vinculado al desempeño institucional, derivado de los cambios en el entorno interno o externo de la Universidad, con el

fin de identificar riesgos que no estén incluidos en la matriz de administración de riesgos institucional o bien debilidades de control interno adicionales a las obtenidas en la evaluación del control interno, que deban ser incorporadas y atendidas con acciones de mejora en el PTCI o en el PTAR.

4.2.7 Desempeño Institucional.

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

4.2.7.2 Proyectos de inversión pública. Deberán identificar e informar los proyectos de inversión pública que presenten variaciones superiores a 10 puntos porcentuales, al

comparar el avance acumulado: (1) del presupuesto ejercido contra el programado, (2) del físico alcanzado contra el programado, y (3) del físico contra el financiero, señalando las causas, riesgos y acciones específicas a seguir para su regularización.

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

correspondiente.

4.2.7.4 Plan institucional de tecnologías de información. Informar, en su caso, de manera ejecutiva las dificultades o situaciones que causan problemas para su

cumplimiento y las acciones de solución emprendidas.

4.2.8 Seguimiento al informe anual de actividades del Comité de Ética.

4.2.9 Seguimiento al establecimiento y actualización del SCII:

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

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

4.2.9.3 Aspectos relevantes del Informe de verificación del Jefe del Departamento

De Auditoría Interna al reporte de avances trimestral del PTCI.

4.2.10 Proceso de administración de riesgos institucional.

4.2.10.1 Matriz, mapa y PTAR, así como reporte anual del

comportamiento de los riesgos (presentación en la primera sesión ordinaria).

4.2.10.2 Reporte de avance trimestral del PTAR. Se deberá incluir el total de acciones de control concluidas y su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno Institucional 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.

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

4.2.11 Aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad

La presentación de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidades, así como de las observaciones determinadas por las instancias fiscalizadoras, puede significar que en la

Institución existen debilidades o insuficiencias de control interno o actos contrarios a la integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión de la Institución, por lo que sólo deberá presentarse:

4.2.11.1 Breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la Institución y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a funcionarios y/o trabajadores universitarios de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas.

4.2.11.2 La descripción de las observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras, identificando las causas que las originan y acciones para evitar que se continúen presentando; así como, aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses, ya que su falta de atención y

cumplimiento inciden mayormente en una eficiente gestión y adecuado desempeño institucional.

4.2.12 Asuntos generales.

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

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

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

4.3 De los acuerdos.

4.3.1 Requisitos de los acuerdos.

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

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

4.3.1.2 Precisar a los responsables de su atención;

4.3.1.3 Fecha perentoria para su cumplimiento, la cual no podrá ser mayor a seis meses, posteriores a la fecha de celebración de la sesión en que se apruebe a menos que por la complejidad del asunto se requiera de un plazo mayor, lo cual se justificará ante el Comité;

4.3.1.4 Determinar el impacto negativo de no cumplir el acuerdo en tiempo y forma, respecto de aspectos y programas sustantivos de la Institución.

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los miembros asistentes, en caso de empate el Presidente del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, el Presidente dará lectura a

los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

4.3.1.5 Envío de acuerdos para su atención.

El Enlace del Comité remitirá los acuerdos a los responsables de su atención, a más tardar **5 días hábiles** posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente. Este envío de acuerdo se realizará con el apoyo del sistema informático de control interno de la Universidad.

4.3.1.6 Reprogramación de atención de acuerdos.

Para los acuerdos que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única vez, éste podrá aprobar una nueva fecha que

preferentemente, no exceda de **30 días hábiles** contados a partir del día siguiente al de la sesión. Se conservará en el sistema informático de control interno de la Universidad, la fecha inicial de atención.

4.4 De las actas.

4.4.1 Requisitos del acta.

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

A. Nombres y cargos de los asistentes;

B. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;

C. Acuerdos aprobados,

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

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

Estas actas se generarán en el sistema informático de control interno de la Universidad.

4.4.2 Elaboración del acta y de su revisión.

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

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

Glosario

Acción (es) de control: Las actividades determinadas e implantadas por los Titulares de las Dependencias o Entidades de la Estructura Orgánica y demás funcionarios universitarios para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;

Acción (es) de mejora: Las actividades determinadas e implantadas por los Rectores y demás funcionarios universitarios para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de

oportunidad que permitan fortalecer el SCII;

Administración: Los funcionarios universitarios de mandos superiores y medios diferentes al Rector;

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

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

Autocontrol: La implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, im pidan o hagan ineficiente el

logro de metas y objetivos institucionales;

Comité y/o COCOIDIT: Comité de Control Interno, Desempeño Institucional y de Tecnologías;

Competencia profesional: La cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación y experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de los individuos para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades;

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

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

Control Interno: El proceso efectuado por el Rector, la Administración, y los demás funcionarios universitarios, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para

prevenir actos contrarios a la integridad;

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

Debilidad (es) de control interno: La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el SCII, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los órganos de fiscalización;

Dependencia o Entidad de la Estructura Orgánica: Es una dependencia académica o administrativa de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro, que forma parte de la estructura orgánica y funcional de la Institución, que tiene a su cargo una o varias funciones o bien que participa de ellas, elabora su planeación y tiene una asignación presupuestal, por lo que es responsable de su ejercicio, seguimiento y control.

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

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

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

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

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

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

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

Gestión de riesgos de corrupción: Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses de la Universidad, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario o trabajador universitario, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas, en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y/o servicios internos y externos;

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

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

Institución:
Universidad
Autónoma
Agraria Antonio
Narro;

Líneas de reporte: Las líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la organización que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones;

Mapa de riesgos: La representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva;

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

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

MIR y/o Matriz de Indicadores de Resultados: La herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna d e

los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, sus programas

derivados, y a los objetivos estratégicos de la Universidad;

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

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

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

Órganos fiscalizadores, de evaluación y de seguimiento: Departamento de Auditoría Interna, Dirección de Planeación y Evaluación, Contraloría, Dirección General Académica.

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

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

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

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

PTAR: Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

PTCI: Programa de Trabajo de Control Interno;

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

Riesgo (s) de corrupción: La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o

comisión, se dañan los intereses de la Universidad, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario o trabajador universitario, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de

información privilegiada, entre otras prácticas;

SCII: Sistema de Control Interno Institucional;

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

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

Sistema de Control Interno Institucional o SCII: El conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por la Universidad a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley;

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

Sistema informático de control interno de la Universidad: La herramienta

electrónica implementada por la Institución para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones;

TIC´s: Tecnologías de la Información y Comunicaciones;

Rector: Máxima autoridad existente en la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro. Es quien se encarga de dirigirla, representarla y presidir los actos y órganos de la misma.

Autoridades: Las comprendidas en la ley orgánica de la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente

-Referencias Normativas y Bibliograficas

-Marco Integrado de Control Interno publicado por la Auditoria Superior de la Federación en 2014.

-ACUERDO por el que el Emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Material de Control Interno publicado en el Diario Oficial del 03 de noviembre del 2016.

-Guía de Autoevaluación de Riesgos en el Sector Público publicado por la Auditoria

Superior de la Federación en 2016.

-Standards for Internal Control in the Federal Government (Green Book) actualizadas por la United States Government Accountability Office (GAO) en

septiembre de 2014, Informe COSO actualizado por elCommittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission en mayo de 2013