Universidad Autónoma de Baja California

Fundamentos Normativos y Metodológicos del Marco Integrado de Control Interno en la UABC

José María Armendáriz Palomares
María Alejandra Angulo Mosqueda
Paulo Raúl Núñez Baca

Patronato Universitario
Auditoria interna

Diciembre 2025

Dr. Luis Enrique Palafox Maestre
Rector

Mtra. Edith Montiel Ayala
Secretaria General

Dr. Jesús Adolfo Soto Curiel
Vicerrectoría Campus Mexicali

Dra. Haydeé Gómez Llanos Juárez
Vicerrectoría Campus Tijuana

Dra. Lus Mercedes López Acuña
Vicerrectoría Campus Ensenada

C.P. María Gabriela Rosas Bazúa
Tesorera

Mtro. José María Armendáriz Palomares
Auditor Interno

Contenido

INTRODUCCIÓN

La presente metodología se establece en apego al “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”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de noviembre de 2016 y su reforma publicada, en el mismo oficial, el 5 de septiembre de 2018, así como, en el “Marco Integrado de Control Interno”, mismo que tiene como objeto establecer lineamientos de observancia general para la reducción y simplificación de la regulación administrativa en materia de control interno, con la finalidad de aprovechar y aplicar de manera eficiente los recursos federales, estatales y los autogenerados, así como los procedimientos técnicos con que cuenta la Universidad.

El sistema de control interno es un conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una Institución a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, con el objetivo de proporcionar una seguridad razonable en la toma de decisiones.

La implementación de un sistema de control interno dentro de una Organización o Institución ya sea pública o privada, se fortalece con actividades determinadas para eliminar debilidades, diseñar, implementar y reforzar controles preventivos o correctivos, así como, para atender áreas de oportunidad.

En ese sentido, este documento tiene como función principal establecer los aspectos a considerar para fortalecer el control interno dentro de la Universidad, que contribuya al adecuado cumplimiento de metas y objetivos, con un enfoque a resultados, a través de la implementación de estrategias que permitan identificar áreas de mejora y controlar los riesgos existentes o que pudieran existir, propiciando con ello la adecuada administración de los recursos públicos y propios.

En este documento, se profundizará en los antecedentes del sistema de control interno hasta su aplicación en nuestro país; el marco jurídico aplicable en sus tres niveles: Federal, Estatal y al interior de la Universidad; los componentes y principios que componen el sistema de control interno.

La metodología a desarrollar para la aplicación de la evaluación del control interno y de administración de riesgos en cada unidad académica y dependencia administrativa; asimismo, se describirá la forma en la que se integra el Comité de Administración de Riesgos y Control Interno (CARCI), su finalidad y principales objetivos; finalmente se integrará el manual de usuario para el Sistema Universitario de Evaluación del Control Interno, a través del cual se registrará y dará seguimiento a las acciones implementadas en el Sistema de Control Interno.

Marco normativo

- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el jueves 3 de noviembre de 2016 y su reforma publicada, en el mismo oficial, el 5 de septiembre de 2018.
- Marco Integrado de Control Interno.

Definición de términos

Acción (es) de control: las actividades determinadas e implantadas por los Titulares y demás servidores universitarios de las Instituciones 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 Titulares y demás servidores universitarios de las unidades académicas y dependencias administrativas para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender las áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;
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 institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;
Auditoría Interna: es la dependencia encargada de supervisar el manejo del patrimonio, así como los procedimientos y operaciones financieras de la Universidad, además de llevar a cabo la revisión de cumplimiento de los procedimientos administrativos para el logro de las metas institucionales.
Autocontrol: la implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos institucionales;
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 Titular, la Administración, en su caso el Órgano de Gobierno, y los demás servidores universitarios de una institución, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad;

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;

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 cada institución en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;

Entidades Públicas: Dependencias y Entidades Paraestatales de la Administración Pública de Baja California;

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 una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario 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;

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 Institucionales (MARI): 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 para Resultados: la herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos de las dependencias y entidades; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño;

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

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;

Órgano de Gobierno: el cuerpo colegiado de la administración de las entidades paraestatales, de conformidad con los artículos 17 y 18 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y 2 de su Reglamento;

Procesos administrativos: aquellos necesarios para la gestión interna de la institución que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya que dan soporte a los procesos sustantivos;

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

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

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 una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario universitario, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas;

Sistema de Control Interno Institucional o SCII: el conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una Institución a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley;

Acrónimos

ASF: Auditoría Superior de la Federación;

ASOFIS: Asociación Nacional de Organismos de Fiscalización Superior y Control Gubernamental, A.C.;

CARCI: Comité de Administración de Riesgos y Control Interno.

COSO: Commitee of Sponsoring Organizations of theTreadway Comission;

DOF: Diario Oficial de la Federación;

MEMICI: Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno;

MICI: Marco Integrado de Control Interno;

POE: Periódico Oficial del Estado de Baja California;

PTAR: el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

PTCI: el Programa de Trabajo de Control Interno;

SUECI: Sistema Universitario de Evaluación del Control Interno (herramienta informática);

SFP: Secretaría de la Función Pública;

SNA: Sistema Nacional Anticorrupción;

SNF: Sistema Nacional de Fiscalización.

SECCIÓN 1. FUNDAMENTACIÓN Y CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

I Antecedentes

A raíz de los casos de fraude y malversación financiera ocurridos en Estados Unidos en la década de los ochenta, en 1985 se creó la **National Commission on Fraudulent Financial Reporting**, conocida como **The Treadway Commission** (Comisión Nacional sobre Información Financiera Fraudulenta - Comisión Treadway). El propósito de esta comisión fue investigar las causas subyacentes de estas irregularidades y desarrollar recomendaciones dirigidas a empresas públicas, auditores externos y a la **Securities and Exchange Commission** (SEC, Comisión para la Vigilancia de Intercambio de Valores). La SEC (U.S. Securities and Exchange Commision) es un organismo gubernamental de los Estados Unidos. Su principal función es proteger a los inversionistas y mantener la integridad de los mercados de valores (https://www.sec.gov).

Gráfico 1. Modelo COSO

De 1985 a septiembre de 1987, esa comisión estudió los reportes de información financiera y generó el documento denominado “Reporte de la Comisión Nacional Sobre Información Financiera Fraudulenta”, publicado en octubre de 1987. Dicho reporte provocó la creación del **Committee of Sponsoring Organizations** -siglas que corresponden a COSO- cuyos estudios generaron, como producto, la primera versión 1992 COSO I, del **Internal Control Integrated Framework** (Marco Integrado de Control Interno-MICI); Santillana Rodríguez (2015).

Como resultado de sus estudios, la Comisión Treadway publicó el **"Report of the National Commission on Fraudulent Financial Reporting"**, documento que impulsó la actualización de leyes estatales en Estados Unidos y motivó la creación del **Committee of Sponsoring Organizations** (COSO). Este comité, formado por cinco organizaciones globales de auditoría y contabilidad, desarrolló en 1992 la primera versión del **Internal Control — Integrated Framework** (COSO I), un marco integral para el control interno y la gestión de riesgos.

En el año de 1992 se dio a conocer el Modelo COSO, el cual fue aplicado de forma obligatoria por la disposición de la SEC y emitido, como ya se mencionó, por el Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission; sin embargo, hubo la necesidad de actualizarlo para responder a las exigencias del nuevo ambiente de negocios, adaptándose a las nuevas realidades actuales.

Su publicación logró dos grandes avances. Primero, proporcionó una definición de "control interno". Segundo, proporcionó un marco común para evaluar y mejorar los sistemas de control interno. El objetivo de la publicación de este marco era respaldar a diversos profesionales en el reporte de información financiera con lenguaje y conceptos comunes.

Cabe mencionar que el **COSO** (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission) está compuesto por las siguientes entidades:

- **American Accounting Association (AAA)**
- **Association of International Certified Public Accountants (AICPA)**
- **Financial Executives International (FEI)**
- **Institute of Management Accountants (IMA)**
- **The Institute of Internal Auditors (IIA)**

Gráfico 2. *Comité de Organizaciones Patrocinadoras (COSO)*

En 2002 se presentaron los escándalos financieros del caso Enron, que generaron desconfianza entre los inversionistas en la bolsa de valores, no sólo en los Estados Unidos, sino al derredor del mundo. Las conclusiones que se obtuvieron, independientemente de las implicaciones legales y criminales al analizar las causas de fondo, se determinó que hubo debilidades importantes en el control interno sobre la información financiera. Por lo que, adicionalmente a la aplicación del modelo COSO la SEC, generó regulaciones adicionales en materia de auditoría y de reforzamiento de la obligatoriedad de que las administraciones autoevalúan y opinen sobre la efectividad de su control interno; asimismo, el auditor externo deberá emitir un dictamen sobre el grado de existencia, suficiencia y efectividad del control interno, en la emisión de la información financiera.

Derivado de esos escándalos, en el año 2011 el COSO emitió una nueva versión del MICI, identificada como COSO II, con efectos a partir del 2013, esta nueva versión define el control interno, describe los requerimientos para un control interno eficiente y efectivo, incluyendo componentes y principios y provee orientación a todos los niveles de la administración en el diseño, implementación y conducción del control interno.

Finalmente, México establece las Normas Generales de Control Interno para el sector gubernamental, las cuales fueron conceptualizadas de los componentes del Modelo COSO; sin embargo, existen en la actualidad diferentes modelos orientados al mismo fin: “Asegurar que las metas y objetivos institucionales se cumplan de manera razonable, haciendo responsables a todos los niveles de una organización”.

II Marco Jurídico

Tal y como se señaló en los antecedentes, el Marco de Control Interno se viene impulsando a nivel internacional desde hace varios años, en los últimos tiempos México le ha dado el carácter normativo no solo para la función de auditoría sino para las propias dependencias a nivel federal, estatal y municipal.

II.1 Marco General

La aplicación de un marco legal al control interno dentro de las instituciones públicas se establece en primera instancia a nivel federal:

El Marco Integrado de Control Interno es regulado por la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 29 de diciembre de 1976, en su última reforma publicada DOF 16 de julio de 2025 donde menciona en el Art. 37 fracciones II, VI y VII I: "A la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

II. Emitir las normas que regulen los instrumentos y procedimientos de control interno de la Administración Pública Federal que impulsen la modernización administrativa, conforme a las mejores prácticas en la materia y, en su caso, requerir a las dependencias competentes la expedición de normas complementarias para el ejercicio del control administrativo;

VI. Organizar y coordinar el sistema de control interno y evaluar la gestión gubernamental y sus resultados, así como concertar con las dependencias, incluidos sus órganos administrativos desconcentrados y entidades de la Administración Pública Federal los indicadores para dicha evaluación, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables;

VII. Evaluar el sistema de control interno institucional y proponer las medidas que permitan el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, así como la mejora continua;

Así mismo la **Auditoría Superior de la Federación (ASF)** menciona en el documento Marco Integrado de Control Interno publicado en 2014 *"El Marco está diseñado para aplicarse como un modelo de control interno para todas las instituciones del Sector Público Federal, Estatal y Municipal. Cada institución puede adaptar dicho modelo general a su realidad operativa y circunstancias específicas, y acatar los componentes, principios y puntos de interés del Marco".*

A nivel estatal es referido en el Periódico Oficial del Estado de Baja California en su publicación del día 29 de julio de 2016, lo cual menciona en el Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027 lo siguiente: *"Uso eficiente y eficaz de los recursos públicos asignados a las dependencias y entidades del Gobierno Estatal, bajo criterios de revisión basados en programas anuales de auditoría y de control interno".*

II.2 Nivel Federal

El control interno a nivel federal se refiere al sistema integral de procesos, normas y mecanismos que las instituciones del gobierno federal utilizan para asegurar la eficacia, eficiencia y legalidad de sus operaciones, así como para prevenir actos de corrupción. Este sistema es responsabilidad de los titulares de las instituciones y se apoya en los Órganos Internos de Control (OIC) y mecanismos como el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) para la vigilancia y evaluación.

II.2.1 Marco Integrado de Control Interno

El modelo mexicano identificado como el Marco Integrado de Control Interno (MICI) derivado del modelo COSO 2013, se implementó en septiembre de 2014, publicado por la Oficina de Rendición de Cuentas Gubernamental, propuesta en el seno del Sistema Nacional de Fiscalización, desarrollado por el Grupo de Trabajo de Control Interno para el sector público, aplicable a los tres órdenes de gobierno, la cual comprende un total de 5 componentes, 17 principios y 50 puntos de interés, asimismo lo relativo a los riesgos inherentes que afectan el correcto proceso de control interno, así como los riesgos relacionados con la integridad (actos de corrupción). Por lo anterior a partir de la entrada en vigor de las Disposiciones en materia de control interno y los lineamientos de control interno estatal, se hace obligatoria la aplicación por parte de las instituciones.

Es importante señalar la importancia que reviste el MICI para los alcances del Marco Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI), para ello se mencionarán a continuación los sistemas que fueron clave para el desarrollo del MICI en los tres órdenes de gobierno: el Sistema Nacional de Fiscalización y el Sistema Nacional Anticorrupción:

II.2.2 Sistema Nacional de Fiscalización

El 17 de febrero de 2010, durante la presentación del Informe del Resultado de Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2008 ante la Cámara de Diputados, se mencionó por primera vez la necesidad de establecer un Sistema Nacional de Fiscalización (SNF).

El Sistema Nacional de Fiscalización nace mediante las Bases Generales de Coordinación para promover el desarrollo del sistema, dicho sistema está integrado por la Auditoría Superior de la Federación, la Secretaría de la Función Pública, los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Federal, las Entidades de Fiscalización Superior de las entidades federativas y los Órganos Estatales de Control.

De conformidad con las Bases Operativas para el Funcionamiento del Sistema Nacional de Fiscalización, el SNF tiene los siguientes objetivos:

- Propiciar un ambiente de coordinación entre todos los integrantes del SNF;
- Generar las condiciones para que los integrantes del SNF desempeñen sus funciones bajo los mismos estándares y con capacidades institucionales similares;
- Establecer, revisar y actualizar las normas profesionales de auditoría gubernamental basadas en las normas internacionales de fiscalización superior de la INTOSAI (Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores);
- Definir las estrategias, metodologías, políticas y directrices para la planeación, programación y seguimiento de actividades propias de la auditoría gubernamental;
- Promover la evaluación de los sistemas de control interno, así como la implementación de las mejores prácticas en la materia;

- Determinar los mecanismos de creación de capacidades, intercambio de información y generación de conocimiento en materia de auditoría gubernamental entre sus integrantes;
- Impulsar el cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, las disposiciones en materia de transparencia y acceso a la información pública, así como las de disciplina financiera, e;
- Impulsar el funcionamiento efectivo de la participación social en la gestión, seguimiento y vigilancia de los recursos federales transferidos.

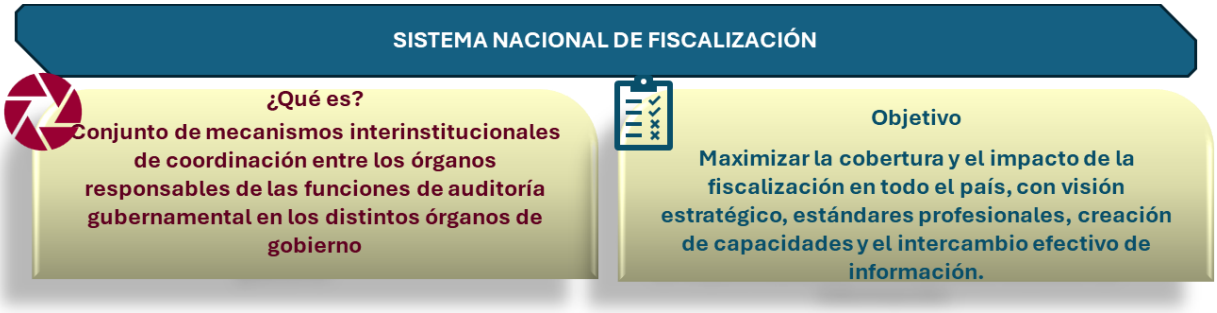


Gráfico 3. *Sistema Nacional de Fiscalización*

En otras palabras, el Sistema Nacional de Fiscalización (SNF) es el conjunto de mecanismos interinstitucionales de coordinación entre los órganos responsables de las tareas de auditoría gubernamental en los distintos órdenes de gobierno, con el objetivo de maximizar la cobertura y el impacto de la fiscalización en todo el país de los recursos públicos.

II.2.3 Sistema Nacional Anticorrupción

El 27 de mayo de 2015 se publicó en el DOF el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de combate a la corrupción, creándose con ello el Sistema Nacional Anticorrupción, sistema macro que engloba al Sistema Nacional de Fiscalización (SNF), por lo que este último debe entenderse como un subsistema del primero.

En dicho decreto se indica, en el artículo 113, que el Sistema Nacional Anticorrupción es la instancia de coordinación entre las autoridades de todos los órdenes de gobierno competentes en la prevención, detección y sanción de responsabilidades administrativas y hechos de corrupción, así como en la fiscalización y control de recursos públicos.

Para el cumplimiento de su objeto se sujetará a las siguientes bases mínimas:

I. *El Sistema contará con un Comité Coordinador que estará integrado por los titulares de la Auditoría Superior de la Federación; de la Fiscalía Especializada en Combate a la Corrupción; de la Secretaría del Ejecutivo Federal responsable del control interno; por el presidente del Tribunal Federal de Justicia Administrativa; el presidente del organismo garante que establece el artículo 6o. de esta Constitución; así como por un representante del Consejo de la Judicatura Federal y otro del Comité de Participación Ciudadana;*

II. El Comité de Participación Ciudadana del Sistema deberá integrarse por cinco ciudadanos que se hayan destacado por su contribución a la transparencia, la rendición de cuentas o el combate a la corrupción y serán designados en los términos que establezca la ley, y;

III. Corresponderá al Comité Coordinador del Sistema, en los términos que determine la Ley:

a) El establecimiento de mecanismos de coordinación con los sistemas locales;
b) 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;
c) La determinación de los mecanismos de suministro, intercambio, sistematización y actualización de la información que sobre estas materias generen las instituciones competentes de los órdenes de gobierno;
d) El establecimiento de bases y principios para la efectiva coordinación de las autoridades de los órdenes de gobierno en materia de fiscalización y control de los recursos públicos;
e) La elaboración de un informe anual que contenga los avances y resultados del ejercicio de sus funciones y de la aplicación de políticas y programas en la materia.

Derivado de este informe, podrá emitir recomendaciones no vinculantes a las autoridades, con el objeto de que adopten medidas dirigidas al fortalecimiento institucional para la prevención de faltas administrativas y hechos de corrupción, así como al mejoramiento de su desempeño y del control interno. Las autoridades destinatarias de las recomendaciones informarán al Comité sobre la atención que brinden a las mismas.

Las entidades federativas establecerán sistemas locales anticorrupción con el objeto de coordinar a las autoridades locales competentes en la prevención, detección y sanción de responsabilidades administrativas y hechos de corrupción.

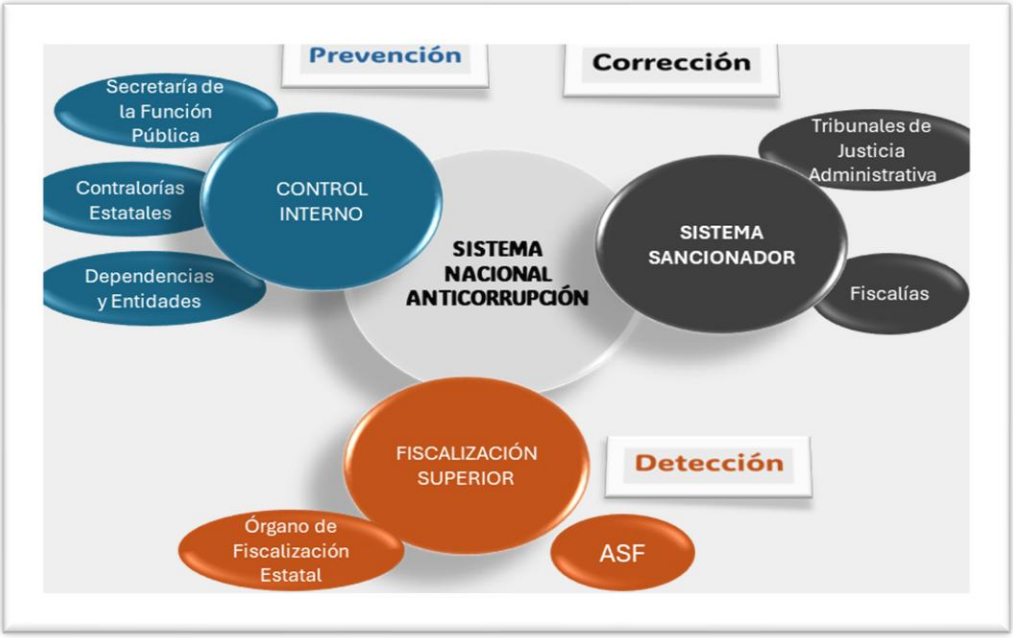


Gráfico 4. *Sistema Nacional Anticorrupción*

Con la finalidad de darle sustento y validez al SNA, el 18 de julio de 2016, en el DOF, se publica la LEY GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL ANTICORRUPCION (LGSNA) que, en su artículo 2 señala que "*Son objetivos de esta Ley:" inciso* IX "*Establecer las bases del* ***Sistema Nacional de Fiscalización" (SNF)****,* por lo que se concluye que el SNF quedó inmerso y formando parte del Sistema Nacional Anticorrupción, constituyendo, por tanto, un Subsistema del SNA.

El artículo 6 de la LGSNA señala:

> *"El Sistema Nacional tiene por objeto establecer principios, bases generales, políticas públicas y procedimientos para la coordinación entre las autoridades de todos los órdenes de gobierno en la prevención, detección y sanción de faltas administrativas y hechos de corrupción, así como en la fiscalización y control de recursos públicos. Es una instancia cuya finalidad es establecer, articular y evaluar la política en la materia.*

Las políticas públicas que establezca el Comité Coordinador del Sistema Nacional deberán ser implementadas por todos los Entes públicos.

La Secretaría Ejecutiva dará seguimiento a la implementación de dichas políticas".

El artículo 7 de la LGSNA establece la integración del Sistema Nacional:

I. *Los integrantes del Comité Coordinador;*
II. *El Comité de Participación Ciudadana;*
III. *El Comité Rector del Sistema Nacional de Fiscalización, y*
IV. *Los Sistemas Locales, quienes concurrirán a través de sus representantes.*

En resumen, el SNA fue creado para coordinar a las autoridades federales, estatales y municipales para que prevengan, investiguen y sancionen las faltas administrativas y hechos de corrupción. El SNA cuenta con un Comité Coordinador que es la instancia responsable de establecer los mecanismos de coordinación entre los integrantes del SNA y el Sistema Nacional de Fiscalización; la promulgación de la Reforma Constitucional que crea el Sistema Nacional Anticorrupción representa un avance histórico para el país en la lucha contra la corrupción.
Por otro lado, los Grupos de Trabajo del Sistema Nacional de Fiscalización coadyuvan a la realización de los objetivos y compromisos pactados del SNF. Con el Relanzamiento del Sistema Nacional de Fiscalización el 22 de junio de 2015 se amplió la estructura, creando dos nuevos grupos de trabajo referentes a los temas de contabilidad gubernamental y la participación social en la vigilancia del gasto público.

Cada uno de los grupos de trabajo está integrado por instancias representantes de la CPCE-F (Comisión Permanente de Contralores Estados–Federación), así como de la ASOFIS (Asociación Nacional de Organismos de Fiscalización Superior y Control Gubernamental, A.C.), siendo los siguientes:

- Grupo de Trabajo sobre Normas Profesionales,
- Grupo de Trabajo Jurídico Consultivo,
- Grupo de Trabajo sobre Contabilidad Gubernamental,
- Grupo de Trabajo sobre Participación Social en la Vigilancia del Gasto Público y,
- Grupo de Trabajo sobre Control Interno.

El Grupo de Trabajo sobre Control Interno (GTCI), es responsable de generar una estrategia para homologar la normativa en materia de control interno que sea aplicable en los tres órdenes de gobierno y, de asegurar la inclusión de la evaluación del control interno de los organismos auditores e identificar los cambios legales, estructurales y normativos que permitan fortalecer a los Órganos de Control del Poder Ejecutivo.

Entre las actividades derivadas destacan:

- Adaptar y adoptar el Marco Integrado de Control Interno (MICI),
- Promover el Control Interno y la integridad y,
- Capacitar en materia de Control Interno en el sector público.

Como productos generados por este Grupo tenemos que, en la V Reunión Plenaria del Sistema Nacional de Fiscalización, celebrada el día 20 de noviembre de 2014, se destacó la definición de un marco integrado de control interno para el sector público y la necesidad de ponerlo en práctica en todos los niveles de gobierno, así como las metodologías propuestas, como elementos complementarios, para la evaluación de riesgos y establecimiento de programas de promoción de la integridad.

En dicha reunión se acordó promover la adopción del Marco Integrado de Control Interno (MICI) que favorezca el mejoramiento de las funciones del Estado Mexicano, con el fin de generar condiciones que permitan la consecución de los objetivos institucionales y establecer una cultura de administración de riesgos.

Como resultado de la adopción de un MICI adaptado al ámbito federal, estatal y municipal, es que se conformó el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI), que constituye una “sombrilla” que cubre y sirve de marco de referencia aplicable a los tres órdenes de Gobierno, objeto del presente trabajo, documento que más adelante detallo y comento.

II.3 Nivel Estatal: Baja California

Gráfico 5. *Modelo Estatal*

El control interno a nivel estatal se refiere a un sistema de procesos y políticas establecidos por el gobierno para asegurar que los recursos públicos se administren de manera eficiente, económica y transparente. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de las metas institucionales, prevenir la corrupción y asegurar la buena administración de los bienes, programas y proyectos. Este sistema está integrado por componentes como el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, la información y comunicación, y la supervisión.

Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno

El Gobierno del Estado, a través de la suscripción de diversos Acuerdos, ha coordinado la ejecución de acciones conjuntas con la Federación en materia de control, evaluación, trasparencia y combate a la corrupción del manejo de recursos federales, estableciendo las Contralorías Internas de las Dependencias de la Administración Pública Estatal, con la finalidad de realizar funciones de control y evaluación gubernamental, atendiendo el marco del Sistema Nacional Anticorrupción y del Sistema Nacional de Fiscalización, a los principios del control interno de la gestión y de los recursos públicos.

La implementación de este Modelo Estatal de Marco Integrado de Control Interno (MEMICI) promoverá el mejoramiento de las funciones a los entes públicos y los resultados se traducirán en mejoras de la gestión gubernamental, la prevención de la corrupción y el desarrollo de un sistema integral de rendición de cuentas. Derivado de lo anterior, al ser un modelo de carácter nacional, Baja California adopta el MEMICI en sus dependencias y entidades para cumplir con la Ley General de Responsabilidades Administrativas y los requerimientos de la Auditoria Superior de la Federación, garantizando que las auditorias tengan un marco comparable en todo el país.

Disposiciones en Materia de Control Interno Para Baja California.

El Gobierno del Estado de Baja California adoptó el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI) con el propósito de homologar los procesos de control interno entre los tres órdenes de gobierno. Este modelo establece principios, componentes y normas de control que permiten implementar mecanismos más eficientes, orientados al fortalecimiento y perfeccionamiento del sistema de control interno en las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal. Con ello, se busca promover la prevención y adecuada administración de posibles riesgos que puedan obstaculizar o impedir el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

En este sentido, se retoman las líneas de acción definidas por la Comisión Permanente de Contralores Estados–Federación (CPCE-F), la cual, en su Plan Anual de Trabajo 2017, asignó a la Región Noroeste la actividad 2.1, consistente en impulsar en las entidades federativas la emisión de un modelo de acuerdo para establecer disposiciones y un manual administrativo de aplicación general en materia de control interno. Gracias a este esfuerzo, Baja California se ha consolidado como líder y pionero en la implementación de un modelo estatal para la evaluación del control interno, el cual ha sido replicado en diversos estados del país.

II.4 Nivel Institucional: Universidad Autónoma de Baja California

En la Universidad Autónoma de Baja California, conforme al artículo 108, fracción XIV del Estatuto General, corresponde al Patronato de la universidad dictar las disposiciones necesarias para el cumplimiento de planes y programas de trabajo dentro de su ámbito de competencia. Además, el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) 2023-2027 establece como objetivo prioritario una gestión eficaz, transparente y ágil, con participación colegiada en la toma de decisiones y respeto a la normatividad.

En este marco, el PDI la estrategia 3. Fortalecer el financiamiento integral de la institución mediante el incremento de ingresos propios, la gestión y el ejercicio oportuno y responsable de los recursos, atendiendo las actividades de fiscalización.

Será responsabilidad de las autoridades universitarias, las o los Titulares, la Administración y demás servidores universitarios de la unidad académica o dependencia administrativa, establecer y actualizar el Sistema de Control Interno Institucional (SCII), evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua.

El *Acuerdo relativo a los Lineamientos Generales de Control Interno para la Universidad Autónoma de Baja California* tiene como finalidad fortalecer la gestión universitaria mediante la promoción de prácticas orientadas a la transparencia, la rendición de cuentas y el uso eficiente de los recursos institucionales. Este lineamiento busca apoyar el cumplimiento de la misión universitaria y de los objetivos establecidos en el Plan de Desarrollo Institucional 2023-2027, mediante la prevención y detección oportuna de riesgos que puedan afectar el desarrollo de las funciones sustantivas y administrativas de la Universidad.

Actualmente, dicho acuerdo se encuentra **en proceso de revisión por el Abogado General de la UABC**, a fin de asegurar su congruencia con el marco normativo universitario y su adecuada aplicación en las unidades académicas y dependencias administrativas. Una vez concluida esta revisión, los lineamientos permitirán establecer condiciones claras para fortalecer la cultura del control interno, facilitar la toma de decisiones y garantizar una administración eficiente, eficaz y responsable de los recursos públicos.

III Componentes, principios y puntos de interés de Control Interno

El control interno tiene por objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas de las unidades académicas o dependencias administrativas dentro de las siguientes categorías:

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

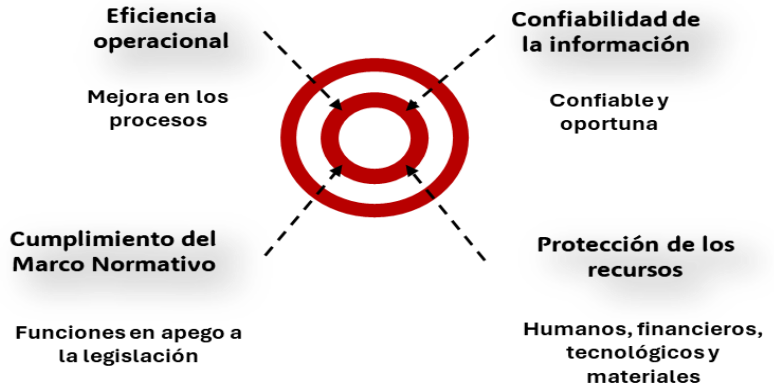


Gráfico 6. *Categorías de control*

Componentes, principios de control y puntos de interés.
El Marco Integrado de Control Interno está compuesto por 5 Componentes y estos a su vez comprenden 17 principios de control con sus puntos de interés; representado como una estructura jerárquica, como a continuación se menciona:

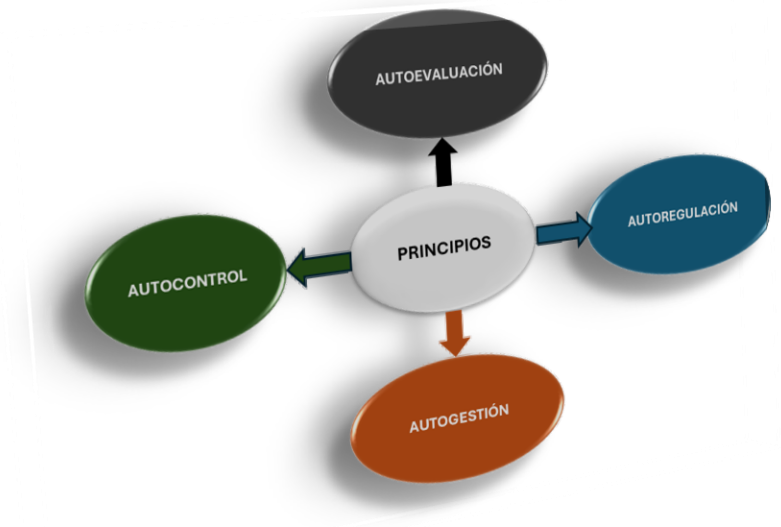


Gráfico 7. *Principios de control*

Los componentes:

I. Ambiente de control;
II. Administración de riesgos;
III. Actividades de control;
IV. Información y comunicación; y
V. Supervisión.

Gráfico 8. *Componentes de control*

I. **Ambiente de Control:** Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un control interno eficaz, influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control. Se debe establecer y mantener un ambiente de control en toda la unidad académica o dependencia administrativa, que implique una actitud de respaldo hacia el control interno.

Para generar un ambiente de control apropiado la persona Titular y la Administración de la unidad académica o dependencia administrativa, son responsables de observar los siguientes principios de control interno:

- *Mostrar actitud de respaldo y compromiso.* Con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y actos contrarios a la integridad, apegarse a los códigos de ética y de conducta aplicables, que promuevan valores, tales como: honestidad, disciplina, trabajo en equipo, solidaridad, eficacia, fortaleza, prudencia, lealtad, compromiso y equidad.

- *Ejercer la responsabilidad de vigilancia.* Proceso llevado a cabo por las y los titulares de las unidades académicas y dependencias administrativas, los jefes de departamento o de oficina de unidades administrativas y demás servidores universitarios adscritos a la Institución, serán responsables de supervisar el funcionamiento del control interno, mismo que debe ser diseñado e implementado para proporcionar una seguridad razonable con respecto al logro eficiente y efectivo de los objetivos y metas institucionales.

- *Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad.* Las y los titulares de las unidades académicas y de las dependencias administrativas deben garantizar el establecimiento de estructuras organizativas y funcionales debidamente alineadas a las disposiciones legales que establezcan con claridad los alcances de las responsabilidades asignadas, mantenerse actualizados y estar soportados para que evidencien con transparencia la forma en que se otorgan, evitando su dilución y precisando la estructura base para cumplir con la obligación que tienen todos los servidores universitarios de rendir cuentas a su superior jerárquico, respecto a la forma en que cumplieron sus tareas y objetivos, así como de la utilización de los recursos autorizados.

- *Demostrar compromiso con la competencia profesional.* La Administración de la unidad académica o dependencia administrativa son las encargadas de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo. Para lo anterior, se debe contar con perfiles apropiados de puestos, políticas y prácticas adecuadas de personal, principalmente las que se refieren a la selección, contratación, inducción, capacitación, evaluación, remuneración, promoción, estímulos y acciones disciplinarias.

- *Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas.* Las Autoridades Universitarias, la persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa, deben evaluar el desempeño del control interno y hacer responsable al personal por sus obligaciones establecidas en el SCII.

Los puntos de interés contribuyen a la implementación, operación y eficacia de los principios anteriores a través de las siguientes actividades:

a) La Universidad Autónoma de Baja California tiene establecido un Marco Integrado de Control Interno
b) Formalizar un Código de Ética.
c) Formalizar un Código de Conducta.
d) Establecer medios de difusión de los Códigos de Ética y de Conducta.
e) Establecer un procedimiento de evaluación de apego al Código de Ética y Conducta.
f) Presentar una Declaración Anual de Cumplimiento del Código de Ética y de Conducta.

g) Instalar un Comité de Ética formalmente para evaluar el cumplimiento del Código de Conducta y temas de integridad.
h) Contar con un procedimiento de investigación de actos contrarios a la ética y conducta.
i) Instalar una Línea Ética como mecanismo de denuncia de actos contrarios a la ética y conducta.
j) Informar a instancias superiores de la Institución que guardan las denuncias.
k) Realizar informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional (SCII).
l) Instalar un Comité de Control Interno formalmente establecido, encargado de tratar los asuntos relacionados con el cumplimiento del PTCI y PTAR.
m) Contar con un programa de capacitación en temas de control interno y su evaluación, administración de riesgos y su evaluación, prevención, detección y corrección de actos de corrupción.
n) Contar con normatividad específica, donde se obliga a la actualización del control interno.
o) Difundir a las unidades académicas o dependencias administrativas, las obligaciones de cumplir con sus responsabilidades, en cada uno de los procesos respecto al SCII.

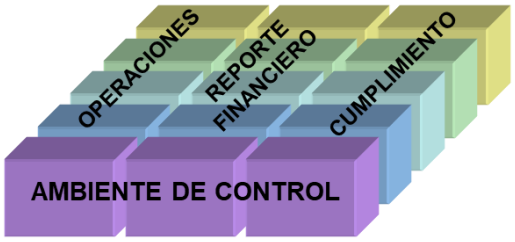


Gráfico 9. *Componente de Ambiente*

II. **Administración de Riesgos:** Es el proceso dinámico para identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos, con el propósito de mitigar su impacto en caso de materialización, incluyendo los riesgos de corrupción que pueden impedir la capacidad para lograr las metas y objetivos de la unidad académica o dependencia administrativa.

Para generar una administración de riesgos apropiada la persona Titular y la Administración de la unidad académica y dependencia administrativa, son responsables de observar los siguientes principios de control interno:

- *Definir objetivos y metas*. La persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa, con el apoyo de los servidores universitarios de mandos medios y superiores, debe definir claramente las metas y objetivos a través del Plan de Desarrollo Institucional (PDI) o su equivalente el cual, de manera coherente y ordenada, se asocie a éstos y a su mandato legal, asegurando su alineación a la Misión, Visión y Objetivos Institucionales.

- *Identificar, analizar y responder a los riesgos.* La persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa, con el apoyo de los servidores universitarios de mandos medios y superiores, deben identificar los factores de riesgo relevantes, tanto internos como externos, que puedan impactar negativamente en el logro de los objetivos y metas institucionales. En la identificación de riesgos deben considerarse todas las transacciones significativas con otras instancias y las incidencias de irregularidades.

- *Considerar el riesgo de corrupción.* La persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa, con el apoyo de los servidores universitarios de mandos medios y superiores, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraude, abuso y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realiza.

- *Identificar, analizar y responder al cambio.* La persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa, con el apoyo de los servidores universitarios de mandos medios y superiores debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar el control interno, a efecto de evitar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos y/o surgir nuevos riesgos.

Los puntos de interés contribuyen a la implementación, operación y eficacia de los principios anteriores a través de las siguientes actividades:

a) La persona Titular deberá establecer un Plan de Desarrollo Institucional y/o equivalente debidamente autorizado para definir objetivos y metas en términos específicos y medibles, así como sus riesgos asociados;
b) Comunicar al Comité de Administración de Riesgos y Control Interno (CARCI) los objetivos y metas relevantes contenidos en el Plan de Desarrollo Institucional y/o equivalente;
c) Identificar y documentar formalmente los riesgos que afectan el logro de los objetivos y metas;
d) La unidad académica o dependencia administrativa deberá identificar los procesos sustantivos y adjetivos que dan soporte a los objetivos y metas del Plan de Desarrollo Institucional y/o equivalente;
e) Establecer formalmente una metodología para realizar la administración de riesgos;
f) Definir un procedimiento formal para informar a mandos medios y superiores la existencia de surgimientos de riesgos de fuentes internas y externas;
g) Los riesgos deberán estar alineados con los objetivos y metas del Plan de Desarrollo Institucional, Indicadores de Desempeño, Estatuto General, Acuerdos y/o modificaciones, y deberá existir una participación de todos los niveles de la unidad académica o dependencia administrativa;

h) Establecer un procedimiento para identificar los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pueden afectar a la unidad académica o dependencia administrativa en su patrimonio e imagen institucional;
i) Contar con políticas para la autorización de programas de administración de riesgos, incluyendo responsables y actividad de prevención;
j) Diseñar un procedimiento documentado para la asignación de responsabilidades sobre la mitigación y administración de riesgos;
k) En el proceso de administración de riesgos se deberá incluir la existencia de un inventario de riesgos, y se identificará al responsable de su administración y precisa naturaleza, así como del estado que guarda;
l) Informar periódicamente al Comité CARCI el cumplimiento de la Matriz de Administración de Riesgos Institucionales y seguimiento del PTAR.
m) Identificar los procesos sustantivos susceptibles de actos de corrupción, en los que se determinen acciones de prevención y mitigación.

Gráfico 10. *Componente de Riesgos*

III. **Actividades de Control:** Son las acciones que define y desarrolla la Administración, mediante políticas y procedimientos para alcanzar las metas y objetivos y responder a sus riesgos asociados, incluyendo los de sistemas de información de la unidad académica o dependencia administrativa. Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la unidad académica o dependencia administrativa, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de los objetivos.

Cada actividad de control que se aplique debe estar de acuerdo con el riesgo para prevenir su ocurrencia y minimizar el impacto de sus consecuencias. En todos los niveles de la unidad académica o dependencia administrativa existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todos los servidores universitarios conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o coordinación.

Para generar Actividades de Control apropiadas, la persona Titular y la Administración de la unidad académica o dependencia administrativa, son responsables de observar los siguientes principios de control interno:

- *Diseñar actividades de control.* La persona Titular y la Administración deben diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos y responder a los riesgos. En este sentido, son responsables de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos que realizan.

- *Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en tecnologías de información y comunicación.* La persona Titular y la Administración deben realizar la selección y desarrollo de actividades de control, que contribuya a dar respuesta y reducir los riesgos, basada principalmente en el uso de las tecnologías de información y comunicaciones para apoyar el logro de metas y objetivos.

Acciones de control de la información computarizada:

I. Cuando se están diseñando, actualizando o mejorando los procesos se debe considerar la necesidad de incorporar los controles desarrollados por las tecnologías de la información.
II. Se requiere de controles generales aplicables a la administración y operación de los centros de procesamiento; la adquisición y mantenimiento de programas (software); el acceso y seguridad; la administración de bases de datos y las actividades del personal, entre otros.
III. Deben considerarse las operaciones cliente-servidor; la planeación de contingencias y recuperación de la información, así como la programación de las operaciones de procesamiento.
IV. Los controles sobre sistemas informáticos deben incluir la adquisición, implementación y mantenimiento de software, incluyendo los sistemas operativos, administradores de bases de datos, telecomunicaciones y paquetes informáticos de seguridad.
V. Deben implementarse controles de acceso y seguridad para la protección de los datos con la finalidad de preservar el valor de la información, apoyar la realización de las actividades y facilitar la atención de los requerimientos de los usuarios de la información.
VI. La calidad en el desarrollo y/o mantenimiento de los sistemas debe ser apoyada por la existencia de controles internos, desde la etapa de definición de requerimientos de los usuarios, diseño, construcción, prueba, aprobación, hasta su puesta en uso. Los controles de aplicación están orientados a asegurar la integridad, exactitud, autorización y validación de las transacciones mientras son procesadas. Éstos deben emplearse a todas las interfaces de las aplicaciones informáticas con otros sistemas para asegurar que todas las entradas han sido recibidas y validadas, y que todas las salidas son correctas y distribuidas apropiadamente.

- *Implementar actividades de control.* La persona Titular y la Administración deben implementar las actividades de control a través de políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

Los puntos de interés contribuyen a la implementación, operación y eficacia de los principios anteriores a través de las siguientes actividades:

a) Implementar y mantener en funcionamiento sistemas de medición confiables y objetivos, que les permitan evaluar el nivel y calidad de cumplimiento de los programas establecidos.
b) Establecer controles internos en materia de selección, contratación de personal, asistencia y permanencia; mantenimiento del orden, moral y disciplina; evaluando el desempeño, capacitación y profesionalización de los servidores universitarios, actualización de expedientes de personal, entre otros.
c) Establecer procesos de obtención de información, desde la generación de los documentos fuente, hasta la obtención de los reportes o informes, así como su archivo y custodia.
d) Establecer procesos para asegurar y salvaguardar los bienes, incluyendo el acceso restringido al efectivo, títulos valores, inventarios y al mobiliario y equipo que pueden ser vulnerables al riesgo de pérdida o uso no autorizado; los bienes deben ser oportunamente registrados y periódicamente comparados físicamente con los registros.
e) Establecer y revisar las medidas e indicadores de desempeño, de modo que puedan contribuir a validar la congruencia e integridad de los indicadores de las áreas y del desempeño institucional.
f) Realizar segregación de funciones y responsabilidades permitiendo minimizar el riesgo a cometer errores o fraudes, mediante la separación de responsabilidades para autorizar, procesar, registrar y revisar operaciones, así como para el resguardo de los principales bienes, sin que estas actividades de control se concentren en una sola persona.
g) El acceso a los bienes y registros debe estar limitado al personal autorizado y deberá efectuarse una comparación periódica de los registros contra los bienes disponibles con la finalidad de reducir el riesgo de actos de corrupción, errores, fraudes, malversación de recursos o cambios no autorizados.
h) Promover la aplicación del control de calidad para conocer el grado de satisfacción de la sociedad e impacto de sus programas o actividades, con el propósito de realizar mejoras e incrementar la eficacia en las actividades que desarrollan.

Gráfico 11. *Componente de Actividades*

IV. **Información y Comunicación:** Es la información relevante que los servidores universitarios generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el Sistema de Control Interno Institucional (SCII), la adecuada toma de decisiones, transparencia, rendición de cuentas y dar cumplimiento a las disposiciones legales y administrativas aplicables, así como a las metas y objetivos. Los sistemas de información y comunicación serán diseñados e instrumentados 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 y permitan determinar si se están cumpliendo los objetivos y metas 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 unidad académica o dependencia administrativa.

Para generar una buena Información y Comunicación la persona Titular y la Administración de la unidad académica o dependencia administrativa, son responsables de observar los siguientes principios de control interno:

- *Usar Información relevante y de calidad.* La Institución debe implementar los medios que permitan a las unidades académicas y dependencias administrativas generar y utilizar información relevante y de calidad, relacionados con la preparación de la información necesaria para la integración de los estados financieros o presupuestales, y la requerida para las auditorías externas o internas.

- *Comunicar internamente.* La persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa y la Administración, en el ámbito de sus atribuciones, deberán identificar y comunicar la información relevante en la forma y en los plazos establecidos en la normatividad aplicable.
- *Comunicar externamente.* La persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa y la Administración, deberán establecer mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con el presente Lineamiento, para difundir información relevante y de calidad necesaria que contribuya a la consecución de los objetos y metas institucionales.

Los puntos de interés contribuyen a la implementación, operación y eficacia de los principios anteriores a través de las siguientes actividades:

a) Establecer formalmente un procedimiento interno para comunicar los objetivos y responsabilidades de todo el personal en el funcionamiento del SCII.
b) Implementar sistemas de información que permitan determinar si las unidades académicas y dependencias administrativas están alcanzando sus objetivos de conformidad con las Leyes, Lineamientos, Acuerdos y demás normatividad aplicable, si se está cumpliendo con los planes estratégicos y operativos, y que esté en posibilidades de proveer la información del presupuesto autorizado, modificado y ejercido.

c) Prever la protección y el resguardo de la información documental impresa, así como de la electrónica que esté clasificada como crítica, en este último caso, de preferencia fuera de las instalaciones, considerando la posibilidad de que ocurra algún tipo de desastre y las actividades de la Institución no pierdan su continuidad.

d) Elaborar un proceso relativo a la recopilación de información acerca de los clientes, proveedores, reguladores y otros agentes externos; lo anterior, le permitirá conocer y evaluar la utilidad, oportunidad y confiabilidad de los datos que se comunican a los usuarios externos.

Gráfico 12. *Componente de Información*

V. **Supervisión y mejora continua:** Son las actividades establecidas y operadas por los responsables designados por el Titular de la unidad académica o dependencia administrativa, con la finalidad de mejorar de manera continua el control interno mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía.

Con independencia de la evaluación y verificación que lleven a cabo las diversas instancias de fiscalización sobre el control interno de las unidades académicas y dependencias administrativas, es responsabilidad de sus Titulares la actualización y supervisión general del SCII.

El SCII debe permanecer 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 los entes fiscalizadores, se resuelva con oportunidad y diligencia, dentro de los plazos establecidos de acuerdo con las acciones a realizar, debiendo identificar y atender la causa raíz de las mismas a efecto de evitar su recurrencia.

Para generar una adecuada supervisión, la persona Titular y la Administración de la unidad académica o dependencia administrativa, son responsables de observar los siguientes principios de control interno:

- *Realizar actividades de supervisión.* La Administración, debe establecer actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados, por lo que deberá realizar una comparación del estado que guarda, contra el diseño establecido; efectuar autoevaluaciones, considerando las auditorias y evaluaciones de los Auditores externos y Auditoría Interna, sobre el diseño y eficacia operativa del control interno, documentado sus resultados para identificar las deficiencias y cambios que son necesarios aplicar al control interno, derivado de las modificaciones de la Institución.

- *Evaluar los problemas y corregir las deficiencias*. Todos los servidores universitarios deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno, tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como a las autoridades universitarias, a través de las líneas de reporte establecidas, estas serán responsables de corregir las deficiencias de control interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por los responsables. Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la Institución.

Los puntos de interés contribuyen a la implementación, operación y eficacia de los principios anteriores a través de las siguientes actividades:

a) La evaluación y mejoramiento de los sistemas de control específicos debe llevarse a cabo por los responsables de las operaciones y procesos correspondientes durante el transcurso de sus actividades cotidianas.
b) El SCII se verificará y se autoevaluará periódicamente por la persona Titular y la Administración de la unidad académica o dependencia administrativa a través de la Auditoría Interna, privilegiando los procesos sustantivos y los adjetivos relevantes.
c) Las debilidades del SCII identificadas en su evaluación, deberán utilizarse para su retroalimentación y se atenderán con diligencia y prioridad las de mayor importancia, a través del PTCI.

d) La supervisión del control interno debe incluir políticas y procedimientos para asegurar que las deficiencias sean corregidas. Los hallazgos detectados en las auditorías practicadas por las diferentes instancias de fiscalización deben ser evaluadas y las recomendaciones sugeridas deben ser atendidas, implementando las adecuaciones que eviten la recurrencia de las deficiencias respectivas.

Gráfico 13. *Componente de Supervisión*

SECCIÓN 2. PROCESO PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN LA UABC

Para la implementación, actualización y mejora del SCII se establece en tres niveles de responsabilidad de conformidad con el ámbito de su competencia y nivel jerárquico:

Estratégico: Se conforma por la persona Titular de los siguientes puestos: Rector, Secretario General, Abogado General, Tesorero y el Titular de la unidad académica, quienes tienen como propósito lograr la misión, visión, objetivos y metas de la Universidad.

Directivo: Se integra por los Coordinadores de las dependencias administrativas, subdirectores y administradores de las unidades académicas, siendo responsables de que la operación de los procesos, programas y proyectos se realicen correctamente.

Operativo: Incluye a las y los servidores universitarios del área administrativa y coordinadores de carrera, teniendo como propósito que las acciones y tareas requeridas en las áreas de su competencia se ejecuten con eficacia.

Gráfico 14. *Niveles de Control*

La persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa designará, mediante oficio dirigido a Auditoría Interna, un servidor universitario de nivel jerárquico inmediato inferior como **Coordinador de Control Interno** para asistirlo en la aplicación y seguimiento del presente Lineamiento; el nombramiento recaerá preferentemente en el responsable de la administración, dependencia administrativa o equivalente.

El Coordinador de Control Interno podrá designar a **un Enlace para los procesos de evaluación y seguimiento del control interno y de administración de riesgos**, quienes deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste. Se podrá nombrar a un servidor universitario como Enlace en más de un proceso.

Las unidades académicas y dependencias administrativas son responsables de cumplir la implementación y aplicación adecuada conforme a los niveles de responsabilidad ya comentados; La Auditoría Interna se encargará de vigilar el cumplimiento de las disposiciones en materia de control interno.

La Auditoría Interna otorgará la **asesoría y apoyo** que corresponda a los Titulares y demás servidores universitarios de las unidades académicas o dependencias administrativas para la implementación de su SCII.

Por otra parte, los mecanismos de control se clasifican en preventivos, detectivos y correctivos, de acuerdo con el momento en que ocurran.

Control preventivo. Se entiende por mecanismo de control preventivo aquel que se ejecute antes de iniciar el proceso y que busque prevenir las desviaciones del procedimiento.

Control detectivo. Se entiende por mecanismo de control detectivo aquel que se ejecute durante el procedimiento y que busque identificar las desviaciones antes de concluirlo.

Control correctivo. Se entiende por mecanismo de control correctivo aquel que se ejecuta con posterioridad a los procedimientos y que busque corregir las desviaciones observadas durante éste.

Gráfico 15. *Tipos de control*

El control interno debe ser desarrollado e instrumentado en atención a las circunstancias y operaciones particulares de cada unidad académica y dependencia administrativa, su aplicación y operación será en función de apoyar el logro de los objetivos institucionales y transparentar el ejercicio y cuidado de los recursos, así como la rendición de cuentas a nivel interno y externo.

La persona Titular de la unidad académica y dependencia administrativa, deben asegurarse de la correcta implementación del **control interno existente**, de su calidad, confiabilidad y pertinencia, mediante la definición clara de facultades, procesos y procedimientos a fin de que represente un **sistema fundamental** que aporte elementos que promuevan la consecución de las metas y objetivos, la **administración de los riesgos** y su seguimiento a través de un **Comité de Control Interno**, como un foro colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento al control interno, y dé una *seguridad razonable* de certidumbre en la toma de decisiones en un ambiente ético, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento a la ley, y coadyuve en la consolidación de los procesos de rendición de cuentas y de transparencia. con el propósito de alcanzar los siguientes objetivos:

I. Promover la efectividad, eficiencia y economía en las actividades, programas, proyectos y calidad de los servicios que se brinden;
II. Medir la eficacia en el cumplimiento de los objetivos institucionales y prevenir desviaciones en la consecución de los mismos;
III. Mantener un adecuado manejo de los recursos y promover que su aplicación se realice con criterios de eficiencia, economía, transparencia y con apego a la legalidad;
IV. Obtener información completa, válida, confiable y oportuna para la toma de decisiones;
V. Asegurar el cumplimiento del marco legal y normativo aplicable a las unidades académicas y dependencias administrativas; y
VI. Salvaguardar, preservar y mantener los recursos en condiciones de integridad, transparencia y disponibilidad para los fines a los que están destinados.

Para lograr los objetivos previstos en el párrafo anterior, el control interno debe proporcionar un nivel de seguridad razonable respecto a que:

I. Se cuenta con medios o mecanismos para conocer el avance en el logro de los objetivos y metas, así como para identificar, medir y evaluar los riesgos que pueden obstaculizar su consecución;
II. La información financiera, presupuestal y de gestión se prepara y obtiene en términos de integridad, confiabilidad, oportunidad, suficiencia y transparencia;
III. Se cumple con las leyes, reglamentos y demás disposiciones administrativas que rigen el funcionamiento de las unidades académicas y dependencias administrativas;
IV. Los recursos están protegidos adecuadamente y en condiciones de disponibilidad; y
V. Los procesos, procedimientos y actividades para el logro de metas y objetivos, así como para la aplicación de los recursos o aquellos posibles actos de corrupción, están fortalecidos para prevenir o corregir desviaciones u omisiones que afecten su debido cumplimiento.

I Evaluación del Control Interno en las unidades académicas y dependencias administrativas

El control interno en las instituciones académicas es un conjunto de procedimientos para asegurar la correcta y eficiente gestión de sus recursos, cumplir objetivos y proteger activos. Se enfoca en áreas como la transparencia en las operaciones, la prevención de fraudes, el cumplimiento de normativas y la mejora de la calidad académica y administrativa. Un buen sistema de control interno ayuda a la institución a evaluar y mitigar riesgos, mejorar la toma de decisiones y fomentar una cultura de ética y medición de resultados.

Beneficios para las instituciones académicas

- Mayor transparencia: Combate la corrupción al controlar la transparencia de las operaciones entre los funcionarios y empleados.
- Mejor calidad académica: Contribuye a que los procesos educativos alcancen los objetivos en tiempo y contenido.
- Toma de decisiones informada: Proporciona la información necesaria para tomar decisiones efectivas ante posibles problemas.
- Fortalecimiento de la ética: Fomenta una cultura organizacional basada en la ética y la medición de resultados.

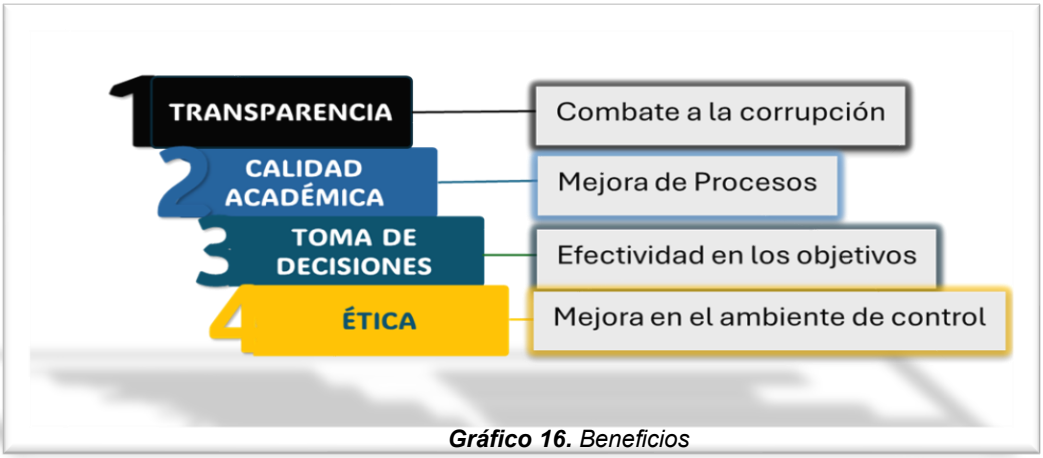


Gráfico 16. *Beneficios*

I.1. Marco General

Objetivo

Proporcionar una seguridad razonable con relación a las Evaluaciones al Sistema de Control Interno Institucional (SCII) en las unidades académicas y dependencias administrativas, con respecto al logro de los objetivos y metas institucionales, así como, obtener información confiable, oportuna y cumplir con el marco jurídico correspondiente.

Alcance

El Marco provee criterios para evaluar el diseño, implementación y la eficacia operativa del control interno en las unidades académicas y dependencias administrativas de la UABC, para determinar si el control interno es apropiado y suficiente, incluyendo la protección de la integridad y la prevención de actos de corrupción en los diversos procesos realizados por la Institución.

Evaluación del control interno. La Auditoría Interna evaluará el funcionamiento del control interno, verificará el cumplimiento de los presente Lineamiento y sugerirá las mejoras correspondientes, mediante la autoevaluación de control interno u otros medios a las unidades académicas y dependencias administrativas, para tal efecto, determine y comunique por escrito o medios electrónicos en los meses de febrero a mayo de cada año o fecha distinta, así lo establezca Auditoría Interna.

Autoevaluación del control interno. La autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) es un proceso mediante el cual se determina el grado de cumplimiento de los principios de control y puntos de interés, que se deberá considerar en la implementación, operación, actualización y mejora continua del sistema, para asegurar razonablemente el cumplimiento del mandato legal, misión, visión, metas y objetivos, promover la rendición de cuentas, la transparencia y el combate a la corrupción.

Grado de madurez del Sistema de Control Interno. El proceso de autoevaluación del SCII, se realizará identificando la implementación de cada uno de los puntos de interés, conforme a la siguiente tabla:

Etapas	Diseño e implementación			Eficiencia	Eficacia	Mejor Práctica
Grados	**0. Inexistente**	**1. Inicial**	**2. Intermedio**	**3. Avanzado**	**4. Óptimo**	**5. Mejora Continua**
Criterios	Las condiciones del punto de interés no existen	Las condiciones del punto de interés están definidas pero no formalizadas.	Las condiciones del punto de interés están documentadas y autorizadas.	Las condiciones del punto de interés están operando. Existe evidencia documental de su eficiencia.	Las condiciones del punto de interés están operando. Existe evidencia documental de su eficacia.	Las condiciones del punto de interés están en un proceso institucionalizado de mejora continua. Existe evidencia documental de instancias internas y/o externas evaluadoras o fiscalizadoras de su eficiencia y eficacia.
Condiciones de cumplimiento del punto de interés	No está definido el punto de interés	Se ha definido el punto de interés.	Se ha definido el punto de interés.	Se ha definido el punto de interés.	Se ha definido el punto de interés.	Se ha definido el punto de interés.
	No está documentado, y tampoco opera el punto de interés		Se ha documentado el punto de interés formalmente.	Se ha documentado el punto de interés formalmente y está operando.	Se ha documentado el punto de interés formalmente y está operando.	Se ha documentado el punto de interés formalmente y está operando.
	No son capacitados los responsables para ejecutar y medir el punto de interés			Existe evidencia de que los responsables son capacitados para ejecutar y medir la eficiencia del punto de interés.	Existe evidencia de que los responsables son capacitados para ejecutar y medir la eficacia del punto de interés.	Existe evidencia de que los responsables son capacitados para ejecutar y medir la eficiencia del punto de interés.
	No existe evidencia del monitoreo del punto de interés				Existe evidencia del monitoreo del punto de interés.	Existe evidencia del monitoreo del punto de interés.
	No existe evidencia de herramientas automatizada, y tampoco se mejora el punto de interés					Existen evidencia de herramientas para la automatización total y mejora del punto de interés y son utilizadas.

Gráfico 17. *Grados de Madurez*

En cada grado de madurez se identifica un criterio general del estado en que se encuentra la implementación y actualización de un punto de interés; por lo que la Auditoría Interna, los Titulares, la Administración y demás servidores universitarios de las unidades académicas y dependencias administrativas de la Institución deben evaluar en el ámbito de su competencia, las condiciones bajo las cuales se cumple, para asegurar que existe y se encuentra operando, en caso de que no se tenga implementado se ubicará en el grado "0. Inexistente".

I.2 Proceso de Autoevaluación del Control Interno por nivel de responsabilidad.

La administración evaluará el buen funcionamiento del control interno, verificará el cumplimiento de la presente Metodología por parte de las unidades académicas y dependencias administrativas, a través de la autoevaluación del control interno, con la finalidad de establecer, en su caso, las acciones de mejora a ejecutarse, dicha evaluación se llevará a cabo en el periodo de febrero a mayo de cada año, o cuando así lo establezca la Auditoría Interna.

Para evaluar el control interno, se deberá verificar la existencia y operación de los componentes y principios del control interno, de manera adecuada conforme a las circunstancias específicas de la Universidad; si un principio o un componente no cumple con estos requisitos o si los componentes no operan en conjunto de manera sistemática, el control interno no será apropiado y se deberán establecer las acciones de mejora necesarias.

Las y los titulares de las unidades académicas y dependencias administrativas son los responsables de asegurar, con el apoyo de la Auditoría Interna y el establecimiento de líneas de responsabilidad en cada una de ellas, que la Universidad cuenta con un control interno apropiado, lo cual significa que el control interno:

- Es acorde a la estructura, circunstancias específicas y razón de ser de la Universidad.
- Contribuye de manera eficaz y eficiente a alcanzar los objetivos establecidos en la misión y visión de la Universidad.
- Asegura, la utilización de los recursos públicos, la actualización honesta de todo el personal y la prevención de actos de corrupción.

Aspectos de la evaluación del control interno.

- **Diseño e implementación:** al evaluar el diseño del control interno, se debe determinar si los controles, por sí mismos y en conjunto con otros, permiten alcanzar los objetivos y responder a sus riesgos asociados. Para evaluar la implementación, las unidades académicas y dependencias administrativas deben determinar si el control existe y si se ha puesto en operación.

- **Eficiencia:** un control es eficiente cuando está adecuadamente diseñado y se ejecuta de manera correcta; en ese sentido, una deficiencia en el diseño y en la implementación ocurre cuando:
    - Falta un control necesario para cumplir un objetivo.
    - Un control existente opera de acuerdo al diseño, sin embargo, el mismo, no puede alcanzarse.

- **Eficacia:** esta ocurre cuando los controles se aplican de manera oportuna, la consistencia con la que estos fueron aplicados, el personal que los aplicó y los medios utilizados para ello; un control carece de eficacia cuando fue diseñado adecuadamente, pero se ejecuta de manera distinta a como fue diseñado o cuando la persona que lo ejecuta carece de autoridad o competencia profesional necesaria para aplicarlo.

- **Efecto en las deficiencias del Control Interno:** las unidades académicas y dependencias administrativas deben evaluar las deficiencias en los controles detectados a través de la autoevaluación o mediante la evaluación efectuada por la Auditoría Interna. Una deficiencia de control interno existe cuando el diseño, la implementación o la operación imposibilita el desarrollo normal de las funciones, la consecución de los objetivos y la respuesta a los riesgos asociados.

Gráfico 18. *Características del control*

Para definir la relevancia de las deficiencias, se debe evaluar su efecto sobre la consecución de los objetivos; también se debe evaluar considerando la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza de la deficiencia.

La magnitud del impacto hace referencia al efecto probable que la deficiencia tendría en el cumplimiento de los objetivos de la Universidad; la probabilidad de ocurrencia, se refiere a la posibilidad de que la deficiencia se materialice e impacte en la capacidad de la Universidad para cumplir sus objetivos; la naturaleza refiere al origen de la deficiencia, pudiendo ser entre otros, por corrupción, fraude o trasgresiones legales.

También se debe considerar si los 5 componentes operan eficaz y apropiadamente en conjunto; si uno o más de los 5 componentes no es apropiadamente implementado, el mismo, no es efectivo.

I.3 Pasos para realizar la autoevaluación del control interno

1. Unidad académica o dependencia administrativa: Solicita al Coordinador de Control Interno la plantilla actual del personal administrativo y coordinadores académicos, solicitando únicamente nombre, puesto y correo electrónico, para realizar la selección por medio de un muestreo a los servidores de nivel operativo que participarán en la autoevaluación, el nivel Estratégico y Directivo invariablemente participarán.

2. Coordinador de Control Interno: Establece día y hora definitivos para la realización de la autoevaluación, y confirma que los participantes seleccionados estén disponibles (es decir: no estén incapacitados, de vacaciones o comisionados).

3. El Analista de Control: Mediante el Sistema Universitario de Evaluación del Control Interno (SUECI), da de alta el proyecto de que llevará por nombre Evaluación de Control Interno con el año en que se realiza, migra los cuestionarios por nivel de responsabilidad a la unidad académica o dependencia que le corresponda, genera el usuario y clave con la que se accederá el día de la autoevaluación. Posterior a eso se confirma logística y la asistencia de los participantes con el Coordinador de Control Interno.

Envía mediante correo electrónico al personal seleccionado el link para el acceso al sistema SUECI, usuario y clave de acuerdo a su nivel de responsabilidad, así como los pasos para accesar a la misma.

*Previo al inicio de la autoevaluación realiza una breve inducción con el personal seleccionado, con el objetivo de informar y dar a conocer los detalles a evaluar.

4. Personal Seleccionado: Atiende e inicia la autoevaluación de acuerdo a su posición jerárquica (Nivel Estratégico, Directivo y Operativo)

5. Analista de Control Interno: Analiza la información y elabora el ***"Informe de Resultados de la Autoevaluación del Control Interno"***, en el que se visualiza el nivel de cumplimiento por componente, principios de control, nivel de responsabilidad, propuestas y comentarios de los participantes y las recomendaciones de mejora para su implementación; con esta actividad concluye la autoevaluación.

Envía el Informe a la persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa para que se de atención a las recomendaciones de mejora, por medio de un Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI).

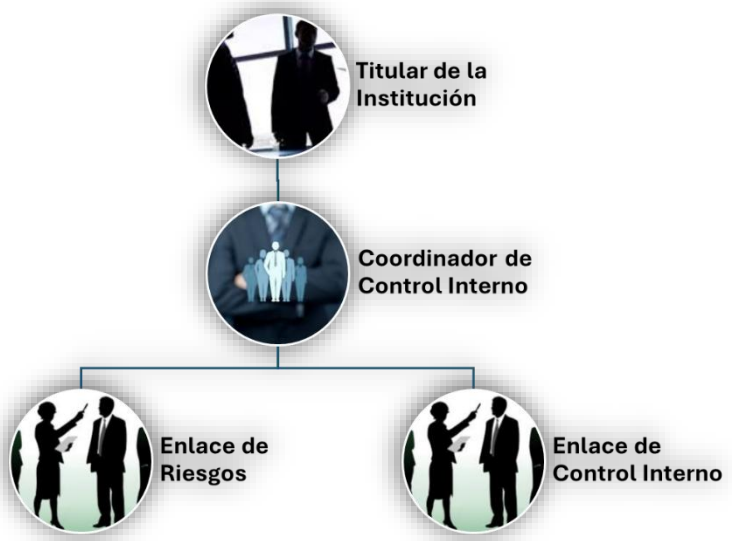


Gráfico 19. *Tramos de control*

I.4 Programa de Trabajo de Control Interno (integración y seguimiento)

La persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa, con apoyo de su Coordinador de Control Interno, da atención a las recomendaciones de mejora emitidas por el Analista de Control Interno a través del **"*Informe de Resultados de la Autoevaluación*"**, registrando el avance en la atención a través del formato establecido para el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y lo envía, debidamente revisado y validado, mediante oficio a la Auditoría Interna.

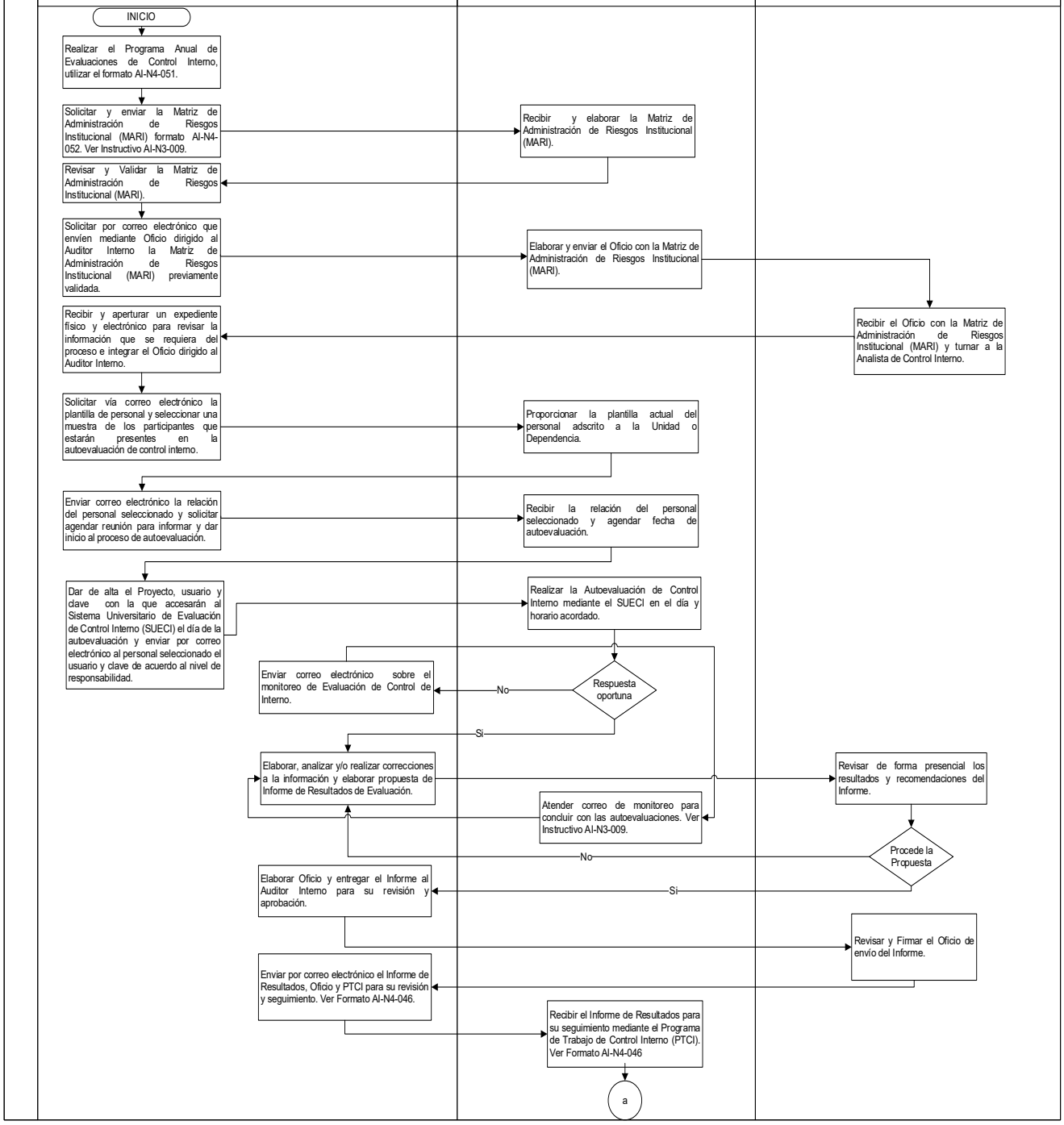
Para vigilar el cumplimiento al 100% de las recomendaciones de mejora, el área de control interno de Auditoría Interna realizará visitas periódicas (presenciales y/o virtuales) trimestralmente a la unidad académica o dependencia administrativa responsable, para lo cual, deberá coordinarse con él o la Coordinadora de Control Interno; el resultado de las visitas se asentará en una minuta.

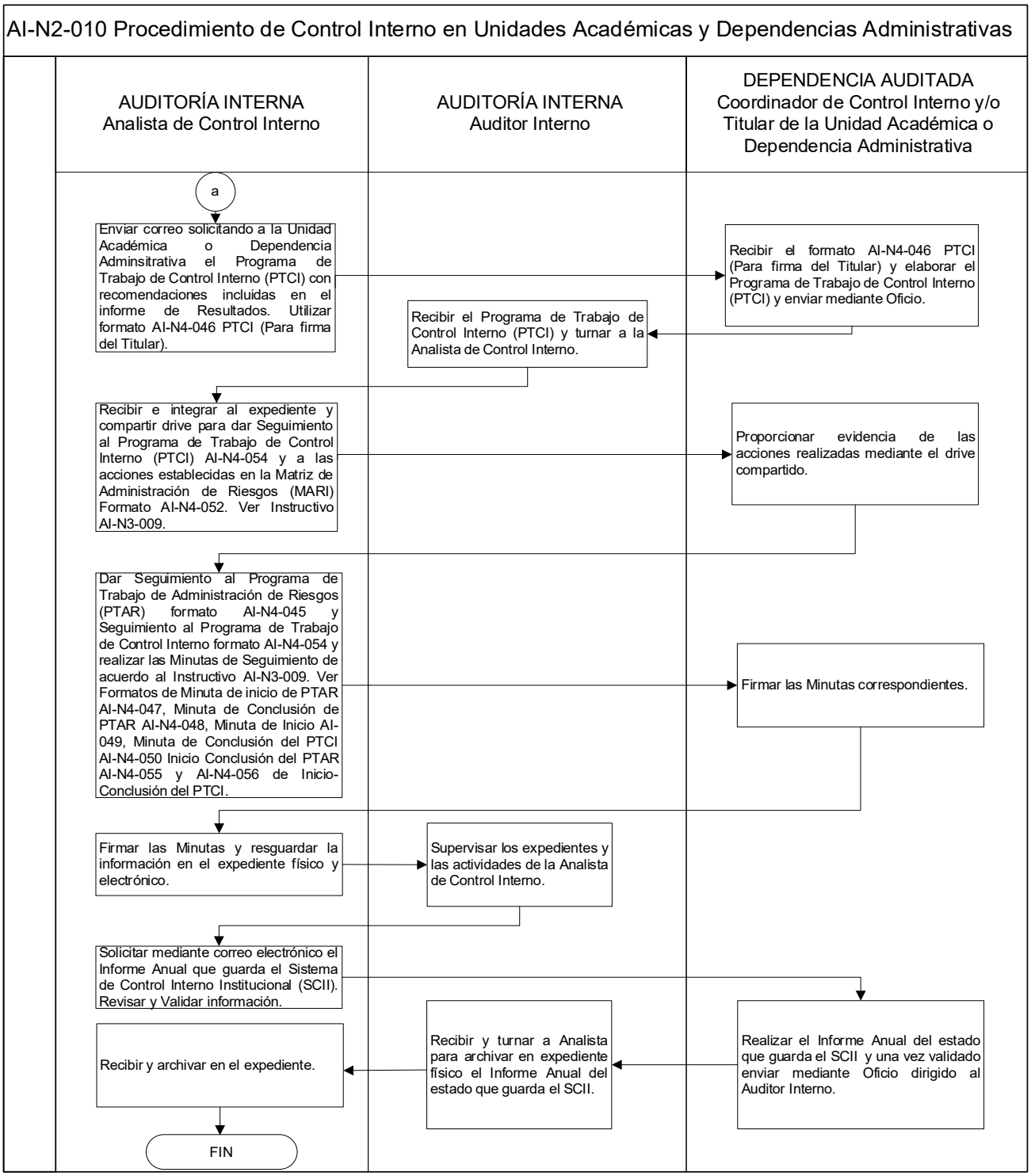
I.5 Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional

La persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa deberá presentar a la Auditoría Interna el Informe Anual que guarda el SCII mediante oficio con su firma autógrafa a más tardar el 31 de octubre del año en curso o fecha distinta, así lo establezca Auditoría Interna.

En el Informe Anual que guarda el SCII se describirá de manera breve los resultados más relevantes con relación al cumplimiento de los componentes y principios establecidos en la presente metodología, tomando en consideración los resultados obtenidos en la aplicación de la Autoevaluación del Control Interno, así como, el número de recomendaciones de mejora establecidas. Dicho informe será remitido por la persona a cargo de la vigilancia del control interno (Auditoría Interna), con el fin de evitar que el informe sea parcial o falto de objetividad.

AI-N2-010 Procedimiento de Control Interno en Unidades Académicas y Dependencias Administrativas




AI-N2-010 Procedimiento de Control Interno en Unidades Académicas y Dependencias Administrativas
AUDITORÍA INTERNA
Analista de Control Interno
AUDITORÍA INTERNA
Auditor Interno
DEPENDENCIA AUDITADA
Coordinador de Control Interno y/o
Titular de la Unidad Académica o
Dependencia Administrativa
a
Enviar correo solicitando a la Unidad Académica o Dependencia Adminsitrativa el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) con recomendaciones incluidas en el informe de Resultados. Utilizar formato AI-N4-046 PTCI (Para firma del Titular).
Recibir el formato AI-N4-046 PTCI (Para firma del Titular) y elaborar el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y enviar mediante Oficio.
Recibir el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y turnar a la Analista de Control Interno.
Recibir e integrar al expediente y compartir drive para dar Seguimiento al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) AI-N4-054 y a las acciones establecidas en la Matriz de Administración de Riesgos (MARI) Formato AI-N4-052. Ver Instructivo AI-N3-009.
Proporcionar evidencia de las acciones realizadas mediante el drive compartido.
Dar Seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) formato AI-N4-045 y Seguimiento al Programa de Trabajo de Control Interno formato AI-N4-054 y realizar las Minutas de Seguimiento de acuerdo al Instructivo AI-N3-009. Ver Formatos de Minuta de inicio de PTAR AI-N4-047, Minuta de Conclusión de PTAR AI-N4-048, Minuta de Inicio AI-049, Minuta de Conclusión del PTCI AI-N4-050 Inicio Conclusión del PTAR AI-N4-055 y AI-N4-056 de Inicio-Conclusión del PTCI.
Firmar las Minutas correspondientes.
Firmar las Minutas y resguardar la información en el expediente físico y electrónico.
Supervisar los expedientes y las actividades de la Analista de Control Interno.
Solicitar mediante correo electrónico el Informe Anual que guarda el Sistema de Control Interno Institucional (SCII). Revisar y Validar información.
Recibir y archivar en el expediente.
Recibir y turnar a Analista para archivar en expediente físico el Informe Anual del estado que guarda el SCII.
Realizar el Informe Anual del estado que guarda el SCII y una vez validado enviar mediante Oficio dirigido al Auditor Interno.
FIN

II Metodología de Administración de Riesgos

El proceso de administración de riesgos se iniciará con la conformación de un grupo de trabajo en el que participará la persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, a realizar durante el primer trimestre de cada año, preferentemente de enero a marzo, en dicha reunión deberá quedar definida la Matriz de Administración de Riesgos Institucionales (MARI) y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), a efecto de que las acciones de control que administren a los riesgos identificados, se empiecen a aplicar desde el primer trimestre, concluyendo en el mes de diciembre del año en curso.

Gráfico 20. *Modelo Universitario*

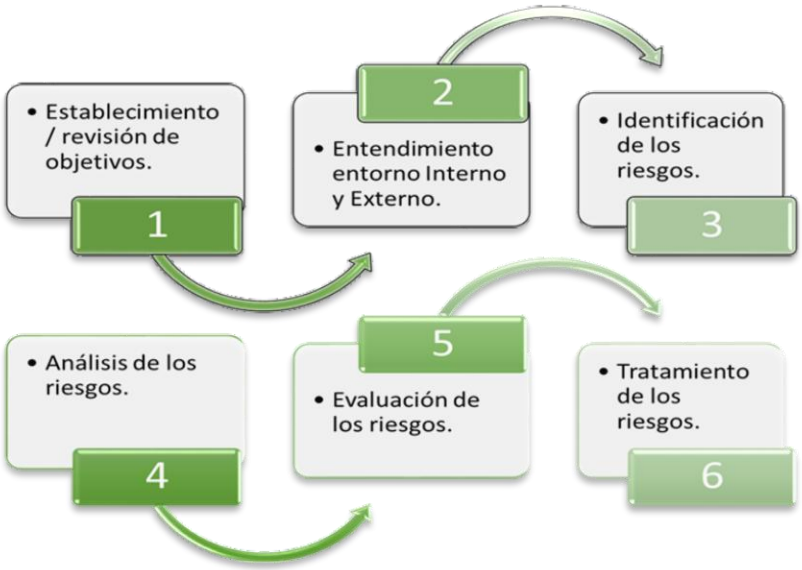


Gráfico 21. *Fases de la Administración de Riesgos*

La metodología de administración de riesgos deberá considerar la capacitación del personal que participe en la actividad y contendrá las etapas en el siguiente orden, registrándolas anualmente en el formato de Matriz de Administración de Riesgos Institucionales (MARI).

II.1 Etapas de la Metodología

Gráfico 22. *Etapas de la Administración de Riesgos*

a) Comunicación y Consulta.

i. Análisis del marco jurídico, mandatos programático-presupuestales, con objeto de determinar procesos y macroprocesos.
ii. Identificar y definir metas y objetivos de la Universidad.
iii. Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y efectos de los riesgos, así como las acciones que se adopten para su tratamiento.
iv. Identificar los procesos susceptibles a riesgos de **corrupción**; para estos riesgos, se deberá considerar aquellos procesos relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y/o servicios internos y externos.

b) Contexto.

i. Descripción del entorno externo e interno en el que se encuentra la Universidad.
ii. Descripción de las situaciones intrínsecas a la Universidad, relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos, recursos humanos, materiales y financieros con que cuenta, evaluación del desempeño, capacidad tecnológica, bajo las cuales se pueden identificar sus fortalezas y debilidades para responder a los riesgos que sean identificados.
iii. Contar con un conjunto de eventos adversos de realización incierta que tienen potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos y metas de la Universidad.
iv. Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores.

c) Evaluación de Riesgos.

i. **Identificación, selección y descripción de riesgos**. Se realizará con base en los procesos sustantivos y en su caso en los procesos administrativos; para lo cual se podrán utilizar las siguientes técnicas: autoevaluación; análisis del entorno; lluvia de ideas; análisis comparativo y registros tanto de riesgos materializados como de resultados y estrategias aplicadas en años anteriores.

La descripción de los riesgos deberá considerar la siguiente estructura general:

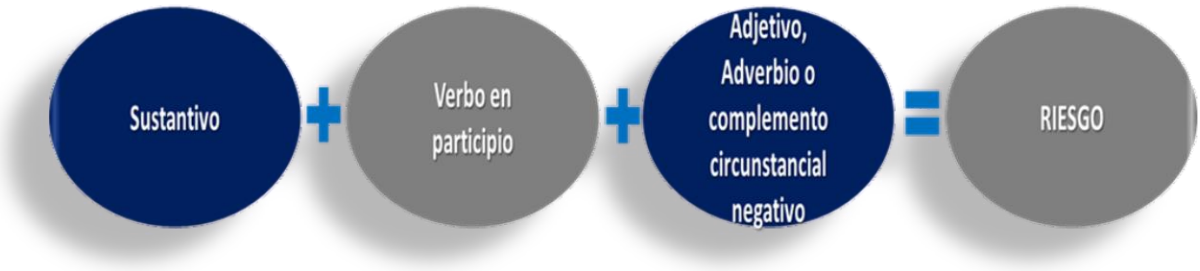


Gráfico 23. *Sugerencia en la redacción de riesgos*

ii. **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:

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

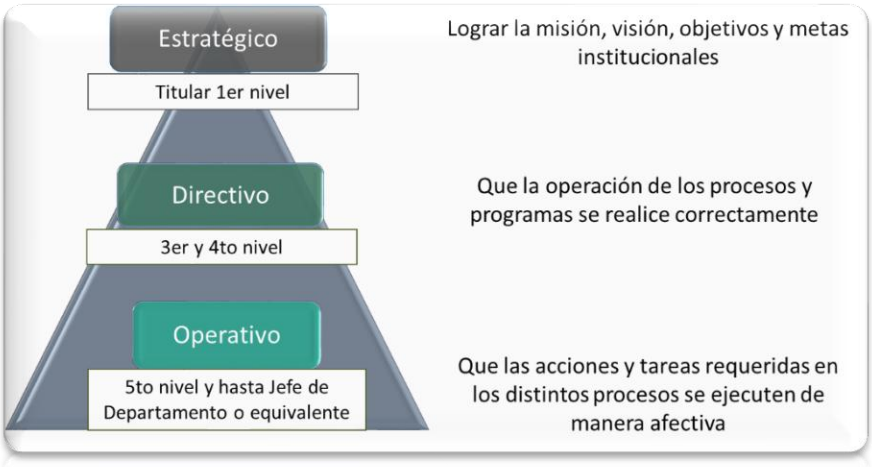


Gráfico 24. *Niveles de Riesgos*

iii. **Clasificación de los riesgos:** Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo: sustantivo, administrativo, legal, financiero, presupuestal, de servicios, de recursos humanos, de imagen, de tecnologías de información y comunicación, de corrupción.

Gráfico 25. *Tipos de Riesgos*

iv. **Identificación de factores de riesgo:** Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de riesgo, es decir, qué situaciones o circunstancias provocan que el riesgo exista o que pudiera existir.

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

v. **Tipo de factor de riesgo:** Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:

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

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

> ** 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*.

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

vii. **Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial):** La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo con la escala de valor siguiente:

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10 9	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Institución y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos de la Institución.
8 7	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de las metas y objetivos institucionales. Además, se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
6 5	Moderado	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
4 3	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
2	Menor	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Institución.

Gráfico 26. *Sugerencia de criterios para evaluar el impacto*

Impacto: Consecuencias negativas que se generarían en la Universidad, en el supuesto de materializarse el riesgo.

viii. **Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (valoración inicial):** La asignación se determinará con un valor del 1 al 10, en función de los factores de riesgo, considerando las siguientes escalas de valor:

Escala de Valor	Probabilidad de Ocurrencia	Descripción
10 9	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia muy alta. Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%.
8 7	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta. Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
6 5	Probable	Probabilidad de ocurrencia media. Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
4 3	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja. Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
2 1	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.

Gráfico 27. *Sugerencia de criterios para evaluar la probabilidad*

d) Evaluación de Controles.

Se realizará conforme a lo siguiente:

I. Comprobar la existencia o no de controles para los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
II. Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
III. Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo.
IV. Identificar en los controles lo siguiente:

1.- Deficiencia: Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:
Está documentado: Que se encuentra descrito.
Está formalizado: Se encuentra autorizado por un servidor universitario facultado.
Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control.
Es efectivo: Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.
2.- Suficiencia: Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores, y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.

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

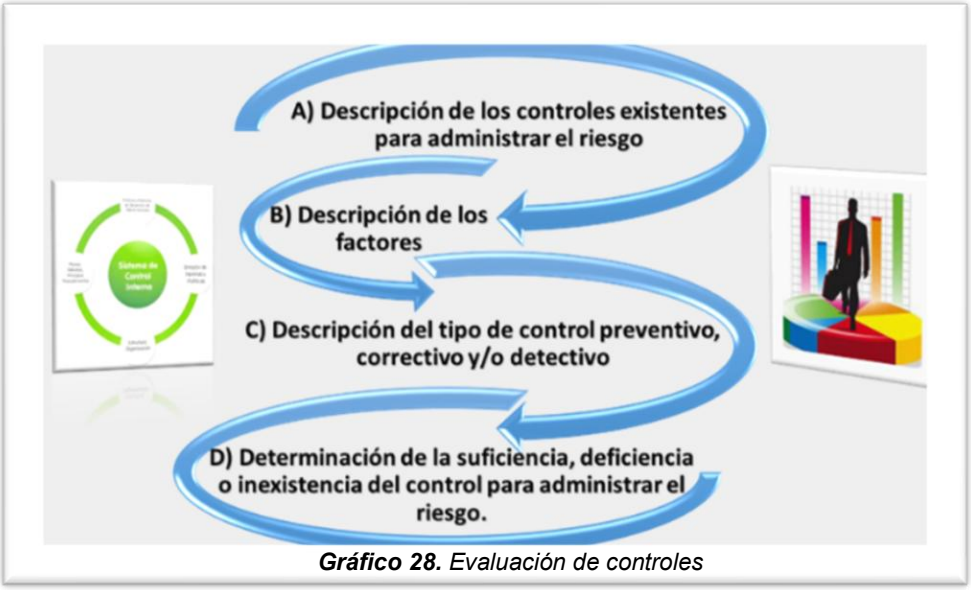


Gráfico 28. *Evaluación de controles*

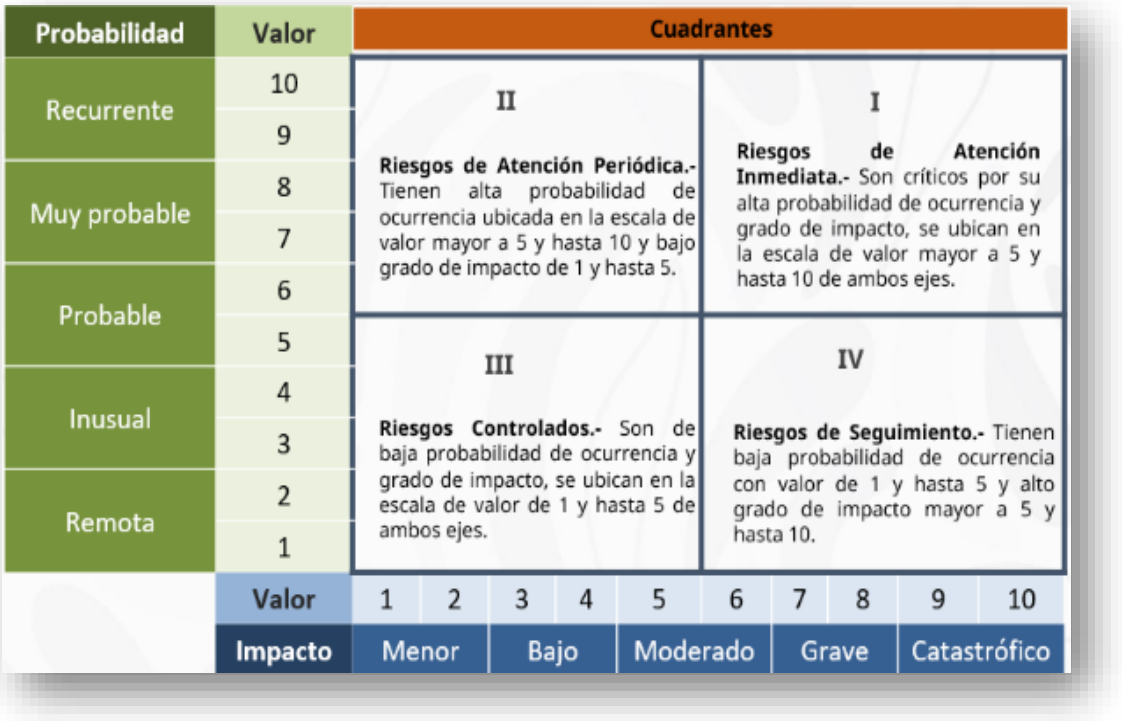
e) Evaluación de riesgos respecto a controles.

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 y atenderlos adecuadamente, considerando los siguientes aspectos:

- La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial.
- Sí todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial.
- Sí alguno de los controles del riesgo es deficiente, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial.
- 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.

f) Mapa de riesgos.

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



Probabilidad	Valor	Cuadrantes									
Recurrente	10	II **Riesgos de Atención Periódica.-** Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5.					I **Riesgos de Atención Inmediata.-** Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 de ambos ejes.				
	9										
Muy probable	8										
	7										
Probable	6										
	5	III **Riesgos Controlados.-** Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes.					IV **Riesgos de Seguimiento.-** Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.				
Inusual	4										
	3										
Remota	2										
	1										
	Valor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Impacto	Menor		Bajo		Moderado		Grave		Catastrófico	

Gráfico 29. *Sugerencia de criterios para determinar las valoraciones de riesgos*

g) Definición de Estrategias y Acciones de Control para responder a los Riesgos.

Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en su 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 de vital importancia realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:

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.

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.

Asumir el riesgo. - Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III, Riesgos Controlados con baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto; con posibilidad de 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.

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.

Compartir el riesgo. - Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes unidades administrativas de la Institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

*** Para los riesgos de corrupción que se hayan identificado, éstos deberán contemplar solamente las estrategias de evitar y reducir.**

Gráfico 30. *Estrategias de control*

II.2 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (integración y Seguimiento)

Con el objeto de dar seguimiento a la administración de los riesgos identificados, se cuenta con los siguientes mecanismos:

Matriz de Administración de Riesgos Institucionales (MARI): Refleja el diagnóstico general de los riesgos determinados, permite identificar estrategias y acciones de control para administrar los riesgos y evitar su materialización. Para el llenado de la MARI, se considera las etapas de la Metodología de Administración de Riegos, autorizada por la persona Titular de la unidad académica o dependencia administrativa. Se firma por las personas responsables de su elaboración, revisión y autorización.

Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). En el PTAR, se establecen las acciones de control con los plazos de inicio y termino, los medios de verificación y los responsables de su cumplimiento. Se firma por las personas responsables de su elaboración, revisión y autorización.

Autorizó

Supervisó

DEPENDENCIA UABC: FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

Titular de la Institución: DRA. SOSIMA CARRILLO

Coordinador de Control Interno: M.A. JUSTINO ALONSO LAREDO MUÑOZ

MUNICIPIO: MEXICALI

Integró

Enlace de Riesgos: M.I. CINTHYA JIMÉNEZ VELÁZQUEZ

Código: AI-N4-052-5, Rev. 01

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación
2024_1	Patrocinios otorgados fuera de tiempo y forma.	3	3	III	EVITAR EL RIESGO	1.1	Mal llenado del formato de solicitud.	Proporcionar a los responsables del llenado un ejemplo del correcto llenado en solicitud de patrocinio el cual se otorgará al solicitante	FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS	MA. JUSTINO ALONSO LAREDO MUÑOZ	27/01/2024	15/12/2024	Folleto con toda la información y pasos para llenado de solicitud de patrocinio.
						1.2	Falta de documentos correspondientes para la solicitud.	Elaborar un listado para la empresa y los alumnos donde se indiquen los documentos necesarios para iniciar el trámite y no existan	FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS	MA. JUSTINO ALONSO LAREDO MUÑOZ	27/01/2024	15/12/2024	Listado de documentos ára trámite.
2024_2	Equipo de cómputo utilizado de manera incorrecta.	1	2	III	REDUCIR EL RIESGO	2.1	Usuarios no dan el cuidado necesario al momento de utilizar el equipo por no poner atencion a las indicaciones de uso por parte de los responsables.	Diseñar un instrutivo para el uso corrrecto de los equipos y difundirlo entre los usuarios y personal a cargo de estas áreas.	FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS	MA. JUSTINO ALONSO LAREDO MUÑOZ	27/01/2024	15/12/2024	Instructivo de uso.
						2.2	Falta de supervision por parte de los responsables en el uso correcto del equipo.	Generar una estratégia de supervision o monitoreo de los equipos.	FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS	MA. JUSTINO ALONSO LAREDO MUÑOZ	27/01/2024	15/12/2024	Fondo de pantalla en cada equipo con instructivo de uso.

Gráfico 31. *Programa de Trabajo de Administración de Riesgos*

Reporte de Avances Trimestrales del PTAR (RAT PTAR). El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR, se realiza trimestralmente por las personas responsables de su implementación y estará debidamente firmado de quien elaboró, revisó y autorizó.

Reporte Anual del 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 la persona Titular de la Rectoría lo informará en la Conformación del Comité de Administración de Riesgos y Control Interno (CARCI), en la primera sesión ordinaria del ejercicio fiscal siguiente.

III Comité de Administración de Riesgos y Control Interno

III.1 Objetivo general

Fungir como un órgano de consulta y asesoría en materia de administración de riesgos y control interno, que contribuya a mejorar los controles para el mejor desarrollo de las actividades, así como, la correcta ejecución de los procesos, principalmente aquellas que sean susceptibles a posibles actos de corrupción, así como los riesgos potenciales que amenazan el logro de los objetivos institucionales, mediante la identificación y evaluación de los riesgos en todos los niveles de la Institución.

III.2 De la Integración

El CARCI deberá integrarse con las siguientes personas:

Cargo	Puesto	Facultad
Presidencia	Titular de la Secretaria General	Voz y Voto
Vocal Ejecutivo/a	Titular de Auditoría Interna	Voz
Vocales	1. Persona encargada de la Tesorería; 2. Persona encargada de la Coordinación General de Formación Profesional; 3. Persona encargada de la Coordinación General de Vinculación y Cooperación Académica; 4. Persona encargada de la Coordinación General de Investigación y Posgrado; 5. Persona encargada de la Coordinación General de Servicios Administrativos; y 6. Persona encargada de la Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional.	Voz y Voto
Invitados	1. Persona encargada de Contaduría; 2. Persona encargada de la Oficina del abogado General;	Voz

3. Persona encargada de la Unidad de Presupuesto y Finanzas; y
4. Persona encargada de la jefatura del Departamento de Seguimiento y Evaluación.
5. Titulares de las áreas que tengan relación con los asuntos del orden del día.

Gráfico 32. *Voz y/o voto de los integrantes del CARCI*

1. En el caso de ausencia de la persona Titular de la Presidencia, la persona servidora pública Titular de Auditoría Interna fungirá como Presidente (a) suplente.

2. En caso de ausencia, las personas integrantes del CARCI, podrán designar suplencias, mediante escrito dirigido a la persona Vocal Ejecutiva, quienes deberán ser personas servidoras públicas de nivel jerárquico inmediato inferior al del miembro que suplan, y sólo podrán participar en ausencia de la persona titular y asumiendo las mismas facultades, y en caso de que, la persona suplente no cuente con el nivel jerárquico requerido, su participación no se contabilizará para la determinación del quórum.

3. El Comité sesionará cuando asistan, por lo menos, la mitad más uno de sus integrantes y sus resoluciones será válido cuando sean tomadas por el voto de la mayoría de las personas integrantes.

III.3 Facultades de las y los integrantes

De la persona Titular de la Presidencia

1. Presidir las sesiones ordinarias y extraordinarias.
2. Ejercer el voto de calidad en caso de empate.
3. Someter a la consideración del Comité la orden del día en cada sesión.
4. Dirigir y supervisar los trabajos del Comité.
5. Verificar que se dé cumplimiento de los acuerdos del Comité.
6. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias cuando el caso lo amerite.
7. Solicitar a las personas integrantes del Comité la determinación de riesgos, en especial, de aquellos que no hayan sido considerados en el formato de Matriz, para efecto de establecer las acciones pertinentes para evitarlo o reducirlo.

De la persona Vocal Ejecutiva

1. Convocar a las sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité.
2. Elaborar, conjuntamente con la Presidencia del Comité, el orden del día de cada sesión, considerando las propuestas presentadas por las personas integrantes del Comité.
3. Enviar a las y los integrantes del Comité, asesor (as) e invitados (as), por correo electrónico la convocatoria de la sesión, el orden del día y los documentos de apoyo de los asuntos a tratar.
4. Verificar el quórum requerido para poder sesionar.
5. Ejecutar las resoluciones que el Comité le encomiende.
6. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias cuando el caso lo amerite.
7. Documentar el seguimiento de los acuerdos del Comité.
8. Elaborar el acta de las sesiones y recabar la firma de las personas participantes.
9. Informar al Comité el estado de los acuerdos adoptados en cada sesión.
10. Verificar la correcta aplicación de lo establecido en los documentos normativos externos aplicables, así como en la metodología interna, para la integración, de la Matriz de Administración de Riesgos, del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), el Reporte Anual del Comportamiento de los Riegos, el seguimiento a la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII).
11. Proponer a la persona Titular de la Presidencia, las medidas que considere convenientes para mejorar el funcionamiento del Comité.
12. Elaborar y presentar el calendario de sesiones ordinarias del siguiente año en la última sesión ordinaria del año.

De los y las vocales del CARCI

1. Participar con voz y voto en las sesiones ordinarias y extraordinarias.
2. Enviar a la persona Vocal Ejecutiva los temas que sugieren tratar en las sesiones del Comité con, al menos, 5 días hábiles de anticipación para las sesiones ordinarias y 2 días hábiles para las extraordinarias.
3. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias cuando el caso lo amerite.
4. Emitir opinión fundada y motivada sobre aspectos o materias que se presenten al Comité.
5. Cumplir los acuerdos y las disposiciones que emita el Comité e informar con 5 días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión a la persona Vocal Ejecutiva sobre los avances y resultados alcanzados.
6. Capacitarse, así como el personal adscrito a la unidad administrativa que representa en materia de Administración de Riesgos.

De los y las Invitados/as del CARCI

1. Las personas Invitados (as) que participen en las sesiones, su actividad deberá encontrarse directamente relacionada con los temas a tratar en la o las sesiones.

III.4 Facultades y atribuciones del Comité

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el Orden del Día.
II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:
    II.I. El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su reprogramación o replanteamiento.
    II.II. Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia.
III. Aprobar acuerdos y en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la Administración de Riesgos, derivados de:
    III.I. La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;
    III.II. Reporte de avances trimestral del PTAR;
    III.III. El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y
    III.IV. La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por las diferentes instancias de fiscalización.
IV. Aprobar acuerdos para atender las sugerencias formuladas por el Comité de Ética por conductas contrarias al Código de Ética y de Conducta.
V. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias.
VI. Ratificar las actas de las sesiones, y
VII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

III.5 De la Operación del CARCI

Calendario de sesiones

a) El Comité celebrará al menos 2 sesiones ordinarias en el año, debiéndose celebrarse preferentemente en el mes de junio y noviembre de cada año y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de los asuntos.

b) Las sesiones ordinarias del Comité se realizarán de acuerdo con el calendario aprobado en la última sesión ordinaria del año anterior.

Convocatoria

a) Para las sesiones ordinarias deberá enviarse por correo electrónico con 3 días hábiles de anticipación y deberá acompañarse con la orden del día, indicando fecha, hora y lugar de la sesión y documentos de apoyo.

b) Para las sesiones extraordinarias deberá enviarse con al menos 1 día hábil de anticipación.

Del Orden del Día.

En el Comité se analizarán los siguientes asuntos, respecto de los cuales se podrán determinar acuerdos que permitan cumplir con los objetivos, en su caso, se presentarán como máximo hasta 10 problemáticas relevantes vinculadas con los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos de la Institución; al cumplimiento del PTCI y de la Administración de Riesgos y de aquellos riesgos de atención inmediata que propongan los Vocales.

La propuesta del Orden del Día incluirá lo siguiente:

I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión.
II. Aprobación del Orden del Día.
III. Seguimiento de Acuerdos.
IV. Evaluación al Desempeño de la Institución:
    a) Cumplimiento de indicadores de gestión y de desempeño, señalando lo programado acumulado al periodo de que trate, los avances alcanzados, las variaciones y las acciones a seguir en los casos de las deficiencias más representativas.
V. Seguimiento al proceso de Administración de Riesgos:
    a) Matriz de Administración de Riesgos (Primera Sesión Ordinaria).
    b) Mapa de Riesgos (Primera Sesión Ordinaria).
    c) PTAR (Primera Sesión Ordinaria).
    d) Reportes de avances trimestrales del PTAR.
    e) Riesgos de atención inmediata no reflejados en la Matriz de Administración de Riesgos.
VI. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional (SCII):
    a) Informe Semestral.
    b) PTCI.
    c) Reportes de avances trimestrales del PTCI.
    d) Recomendaciones de observaciones de alto riesgo derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por instancias de fiscalización.
VII. Asuntos Generales (Se presentarán en su caso, sólo asuntos que impliquen debilidades de control interno o riesgos en el cumplimiento de otros compromisos derivados de las funciones y atribuciones conferidas a la Institución).

VIII. Revisión y ratificación de acuerdos adoptados en la reunión.

Acuerdos

a) El Comité tomará sus acuerdos por mayoría de votos. En caso de empate la persona Titular de la Presidencia tiene voto de calidad.
b) El seguimiento de los acuerdos se informará en la siguiente sesión ordinaria, a aquella en que se haya tomado.
c) Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de las y los integrantes deberán contemplar, como mínimo, los siguientes requisitos:

1. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Institución; Cuando la solución de un problema 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 les dé seguimiento hasta su atención.
2. Precisar al, o los responsables, de su atención.
3. Fecha perentoria para su atención, 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. Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los miembros asistentes, en caso de empate, la Presidencia del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, el Vocal Ejecutivo dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

Acta de la sesión

a) La persona Vocal Ejecutiva elaborará el acta de cada sesión que contendrá por lo menos el nombre y firma de las personas participantes, asuntos tratados y los acuerdos tomados en la sesión.

b) La persona Vocal Ejecutiva enviará por correo electrónico el proyecto de acta de la sesión del Comité a las personas participantes, y en su caso, a las o los invitados/as, quienes podrán remitir sus comentarios dentro de los 5 días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos en ese plazo se tendrá por aceptado el proyecto y se procederá a recabar las firmas correspondientes.

c) El acta deberá de estar firmada por las y los asistentes de cada sesión en los siguientes 20 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión de esta.

SECCIÓN 3. SISTEMA UNIVERSITARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

3.1 Presentación

La herramienta informática denominada Sistema Universitario de Evaluación del Control Interno (SUECI), es el producto final de una integración de esfuerzos de un grupo de compañeros comprometidos en la eficiencia y la calidad en el trabajo, habiéndose combinado las ideas en distintas ramas (contadores e informáticos internos y externos) que se fueron desarrollando y mejorando durante el transcurso de varios años, dando como resultado un producto de innovación. Esta herramienta informática fusiona las metodologías para la implementación del Marco Integrado de Control Interno (MICI) en las Universidades Públicas de Educación Superior (UPES), ya que los cuestionarios establecidos en el mismo, están adaptados al lenguaje universitario y a las estructuras orgánicas propias, que si bien es cierto, parte de las bases particulares de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), es susceptible de adaptarse de forma sencilla a cualquier naturaleza de alguna otra Institución.

Dentro de las cualidades del SUECI más importantes, se destaca que, genera de manera automática un informe de resultados en un formato ejecutivo con gráficas que permiten visualizar las calificaciones por cada componente de control y por nivel de responsabilidad, así como, las propuestas emitidas por los mismos participantes, entre otras virtudes; también vale la pena resaltar que genera de manera automatizada las recomendaciones cuando el principio de control presenta calificación deficiente, permitiendo a las unidades académicas y dependencias administrativas elaborar un Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) de forma más clara y eficiente.

Atentamente.

Mtro. José María Armendáriz Palomares.
Auditor Interno del Patronato Universitario de la UABC

Sistema Universitario de Evaluación del Control Interno

3.2 Introducción

La UABC implementa el Marco Integrado de Control Interno (MICI), el cual, está conformado por 5 componentes de control interno, 17 principios y 50 puntos de interés que aporta elementos que, promueven la consecución de los objetivos institucionales con el fin de obtener una organización ágil, sencilla, al servicio del ciudadano e integrar metodologías y conceptos en todos los niveles de las diversas áreas académicas y administrativas, buscando la competitividad y respuesta a nuevas exigencias.

El Sistema Nacional de Fiscalización, a través de su grupo de trabajo de Control Interno es la instancia responsable de generar una estrategia para homologar la normativa en materia de control interno que sea aplicable, dicho sistema está Integrado por la Auditoría Superior de la Federación, la Secretaría de la Función Pública, los Órganos de Control Estatal y las Auditorias Superiores Estatales.

Con el fin de implementar los mecanismos de control interno que coadyuven al cumplimiento de las metas y objetivos, prevenir los riesgos que puedan afectar el logro de estos, fortalecer el cumplimiento de las leyes y disposiciones normativas, así como generar una adecuada rendición de cuentas y transparentar el ejercicio de la función pública se publicaron en el Periódico Oficial del Estado el 20 de julio de 2012, las Normas Generales de Control Interno; y posteriormente el 29 de julio de 2016 el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno, y las Disposiciones en materia de control interno para Baja California, publicado en el periódico oficial del Estado 23 de febrero de 2018, los cuales establecieron las disposiciones en materia de control interno de observancia por parte de los Titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal.

De igual manera, el Acuerdo relativo a los Lineamientos Generales de Control Interno para la UABC, tiene como objetivo mejorar y fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional, incluyendo la metodología de la administración de riesgos y el Comité de Administración de Riesgos y Control Interno (CARCI).

El SUECI fue desarrollado con el objeto de realizar autoevaluaciones de Control Interno a las unidades académicas y dependencias administrativas de la Institución, permitiendo realizar dichas evaluaciones dentro de la red universitaria de manera simultánea en todos los Municipios debido a que el sistema permite múltiples evaluaciones individuales; coadyuvando a los Titulares y al Órgano Interno de Control (OIC).

3.3 Objetivo

Otorgar a las áreas responsables de la implementación y evaluación del control interno en las diferentes unidades académicas y dependencias administrativas de la Universidad Autónoma de Baja California, una ayuda previa a la implementación del sistema de control interno institucional, o bien, como referencia rápida de consulta inmediata en todo momento, buscando abordar los temas relacionados a este sistema con lenguaje universitario, sencillo, claro y amigable.

Su implementación busca el fortalecimiento del Control Interno en la Universidad Autónoma de Baja California o en cualquier Universidad Pública de Educación Superior (UPES), asimismo, impulsar avances en la eficiencia de los recursos y la eficacia de los procesos.

3.4 Ventajas

- Aplicación de autoevaluaciones de manera fácil y expedita.
- Funcionamiento a través de la web lo que facilita su aplicación en los distintos puntos en forma simultánea.
- Definiciones de conceptos.
- Generador de informes de resultados con recomendaciones.
- Cada Estado o Entidad puede personalizarlo con sus logos y colores oficiales.
- Clave de acceso individual o grupal para cada Entidad, considerando el anonimato de los participantes.
- Módulo de monitoreo para supervisión al momento de su aplicación.
- Medición de Avances en tiempo real.

3.5 Beneficios

Beneficios Administrativos.

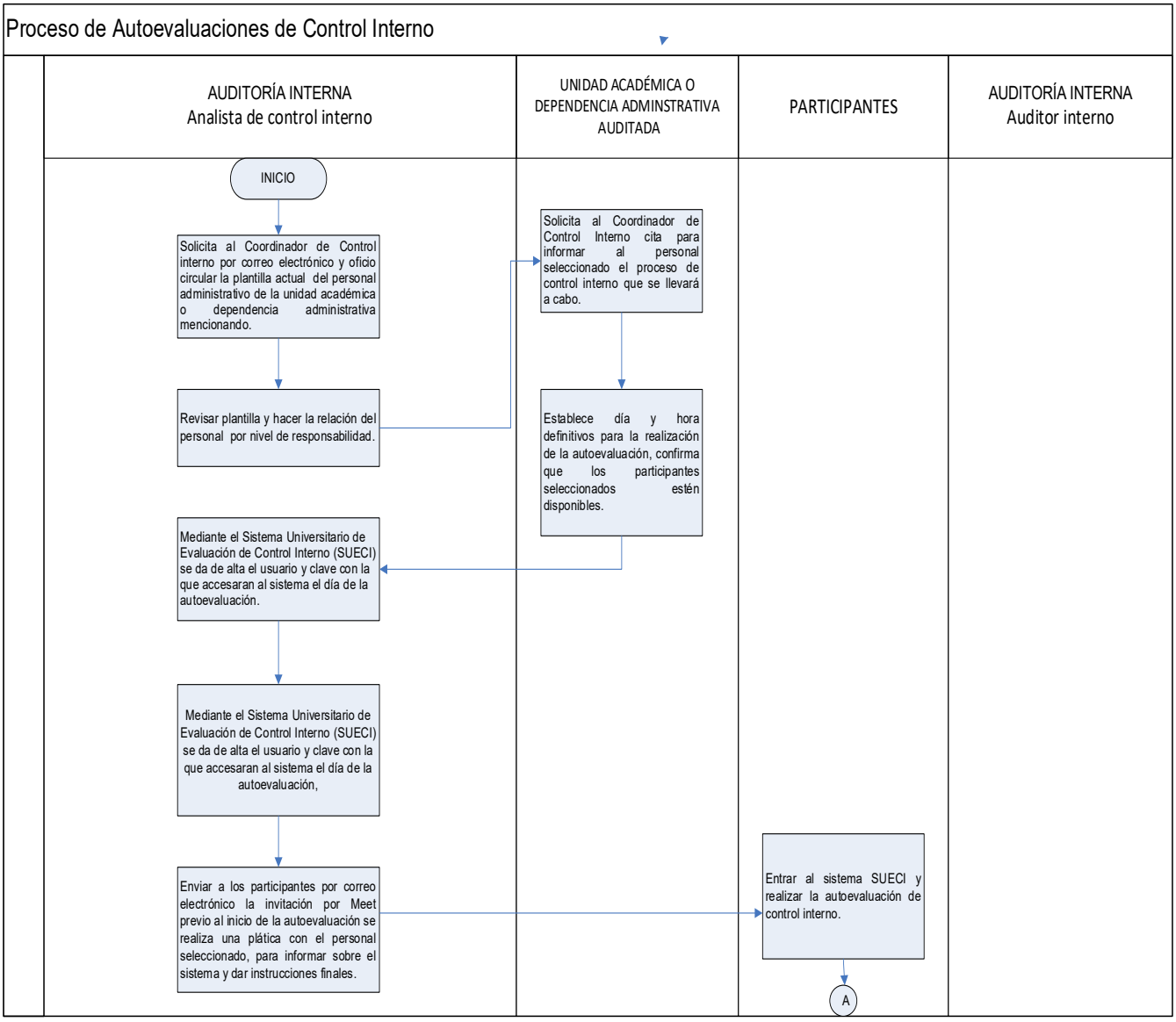
- Permite generar ahorros en tiempo.
- Optimización de capital humano.
- Eficiencia en los recursos materiales.
- Diminución en los recursos económicos.

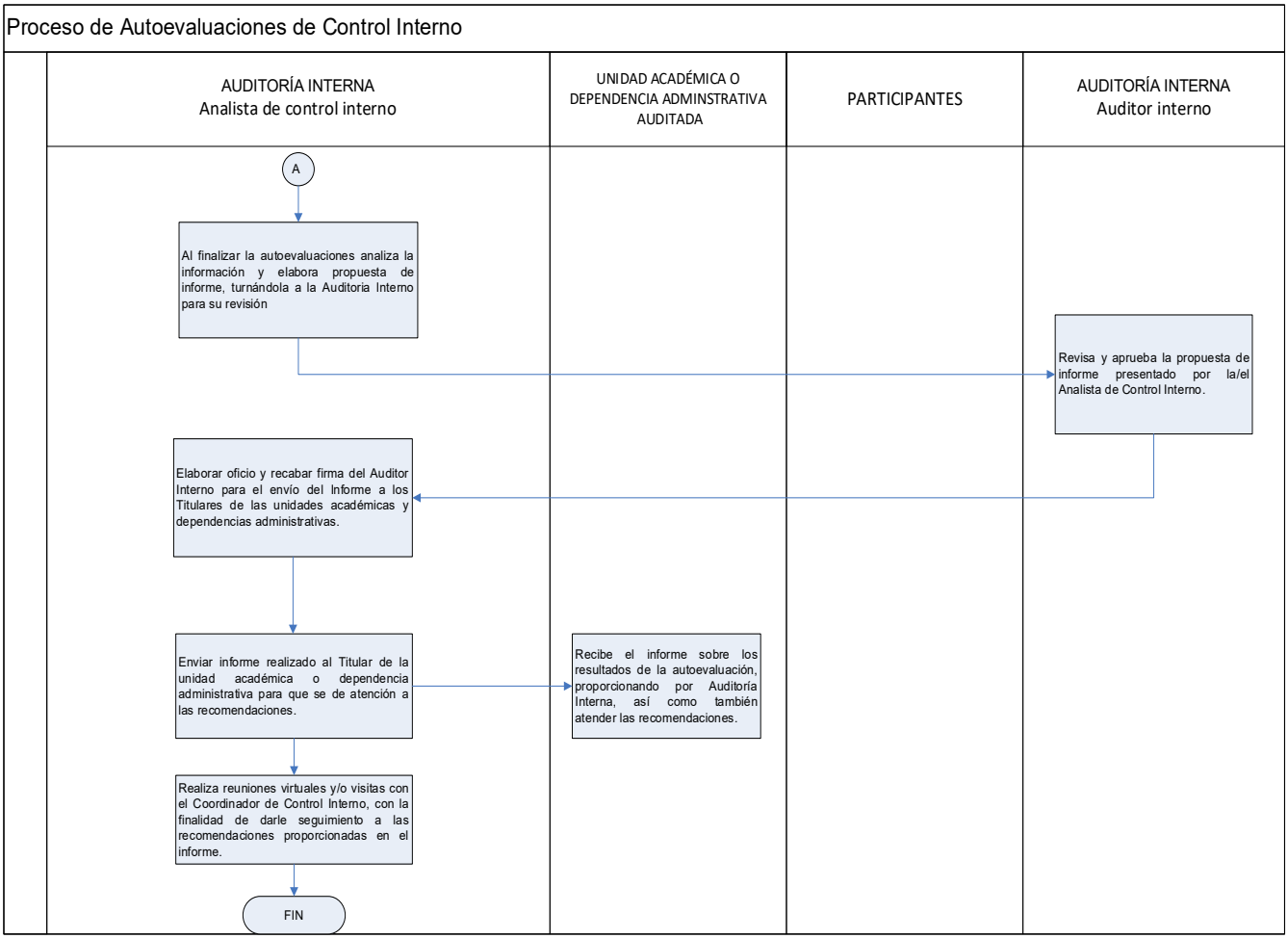
Beneficios reflejados en las Instituciones de Educación.

- Propicia la adecuada rendición de cuentas y transparencia en el ejercicio de la Gestión Pública.
- Fomenta una cultura de la autoevaluación en unidades académicas y dependencias administrativas, con independencia de las revisiones que pudieran efectuar los diversos Órganos de Fiscalización.
- Coadyuva a la identificación, análisis y prevención de riesgos institucionales.
- Identifica las áreas de oportunidad de mejora en la organización.
- Las unidades académicas y dependencias administrativas a través de sus Titulares enfocan sus esfuerzos para el logro de los objetivos y cumplimiento de metas institucionales.

Beneficios reflejados en las Unidades Académicas y Dependencias Administrativas.

- Coadyuva a la identificación, análisis y prevención de riesgos institucionales.
- Propicia la adecuada rendición de cuentas y transparencia en el ejercicio las funciones.
- Fomenta una cultura de autoevaluación en unidades académicas y dependencias administrativas, con independencia de las revisiones que pudieran efectuar los diversos Órganos de Fiscalización.
- A través de sus Titulares se enfocan los esfuerzos para el logro de los objetivos y cumplimiento de metas institucionales promoviendo un adecuado ambiente de trabajo.





3.6 Metodología del Proceso de Evaluación

1. Realizar la planeación del Programa de las autoevaluaciones de Control Interno, así como establecer fechas para su aplicación.

2. Solicitar al Titular de la unidad académica o dependencia administrativa la asignación de un servidor universitario responsable que funja como Coordinador de Control Interno (CCI) de la unidad académica o dependencia administrativa para trabajar en conjunto con Auditoría interna.

3. Solicitar al CCI de la unidad académica o dependencia administrativa la platilla del personal que labora actualmente para para participar en la autoevaluación de control interno.

4. Seleccionar aleatoriamente al personal operativo, tomando como base la información proporcionada por el CCI, considerando lo siguiente:

a. Para realizar el muestreo aleatorio del personal de nivel operativo, de la plantilla de personal otorgada se excluirán los servidores universitarios de nivel directivo-estratégico, posteriormente del personal restante utilizar un formato que muestre la cantidad de participantes que realizarán la evaluación con respecto al nivel de confianza que se busca.

b. En el caso de la selección de personal de nivel directivo-estratégico, la muestra que se utilizará para realizar la evaluación será del 100% de los servidores universitarios con dicho cargo.

5. Realizar reunión informativa con el CCI de la unidad académica o dependencia administrativa, para dar a conocer el personal que fue seleccionado, establecer la fecha, hora, lugar o en su caso enviar invitación virtual en que se llevará a cabo la evaluación, así como solicitar que los participantes cuenten con computadora con acceso a internet.

6. El día de la evaluación, los participantes firmarán lista de asistencia, posteriormente se dará plática de inducción con el fin de sensibilizar al personal sobre el contenido del programa de Control Interno, y se darán indicaciones en cuanto al llenado de la encuesta, así como la estructura del SUECI.

7. El Analista de Control Interno se encargará de asesorar al personal durante la realización de la evaluación, así como también monitorear el proceso de las encuestas en proceso y terminadas.

8. Una vez terminada la evaluación, el Analista de Control Interno enviará la encuesta a “Revisión”, para generar los reportes que sean necesarios y emitir el informe con resultados.

9. Enviar los informes de resultados al Titular de la unidad académica y dependencia administrativa, para posteriormente realizar seguimiento, mediante fechas compromisos establecidas por el Titular, mediante un Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI).

3.7 Guía descriptiva del Sistema Universitario de Evaluación de Control Interno

El acceso se realizará por medio de un Usuario y Contraseña, al utilizar el SUECI como administrador se tendrá la oportunidad de:

a) Revisar manuales, así como Guía rápida.

b) Realizar Evaluaciones
- Proyectos
- Cuestionarios
- Encuestas Generadas

c) Consulta de Catálogo

- Usuarios
- Unidades Académicas y Administrativas
- Glosario de Términos

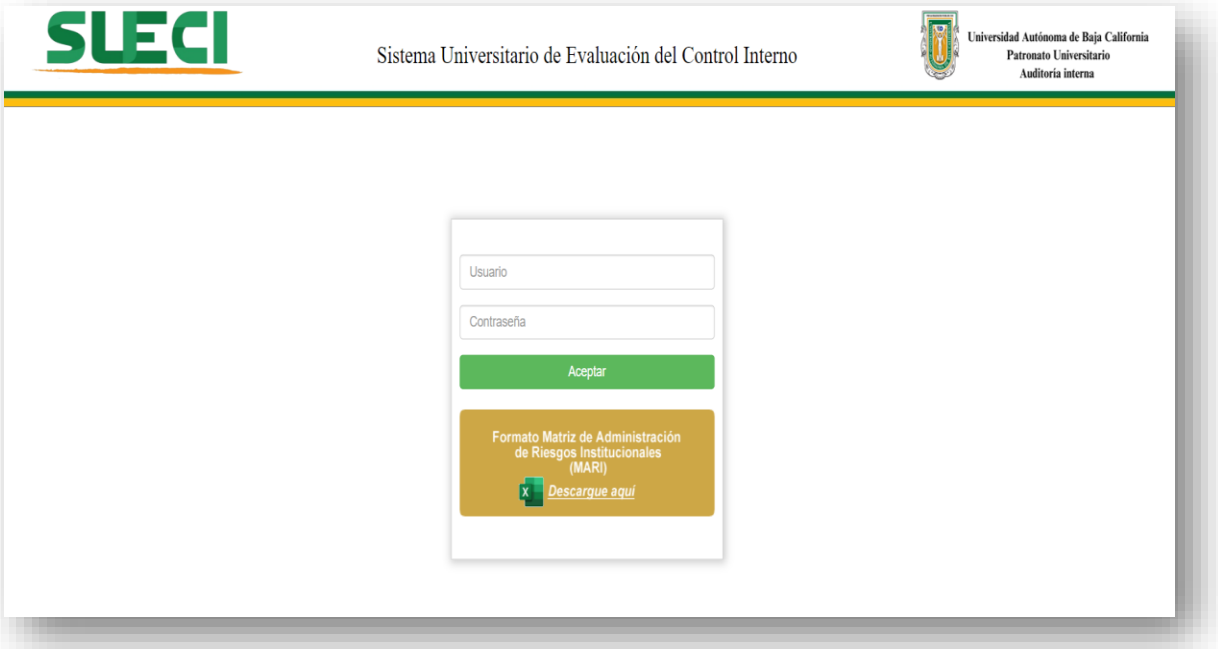
d) Elaboración de Reportes

- Informe de Resultados
- Porcentaje de Cumplimiento General
- Concentrado de Resultados de las Autoevaluaciones
- Concentrado de Acciones de Mejora y Observaciones
- Resultados por respuesta

e) Cerrar Sesión.

El **Administrador** del sistema SUECI se asignará a la persona encarga como Analista de Control Interno por parte de Auditoría Interna.

Anexar nombre del usuario Administrador y clave de acceso para ingresar al sistema SUECI, las cuales serán otorgadas al Analista de Control Interno por el encargado de informática.



El Administrador y Usuario podrá accesar al sistema con distintos roles, usando usuario y contraseña.

El Administrador y Usuario podrá descargar documento MARI en Excel.

Al ingresar al sistema aparecerá la pantalla siguiente:

El módulo de manuales permite ver el procedimiento a seguir para tener acceso a todos los módulos del Sistema Universitario de Evaluación del Control Interno (SUECI) otorgando información paso a paso para contar con sus beneficios.

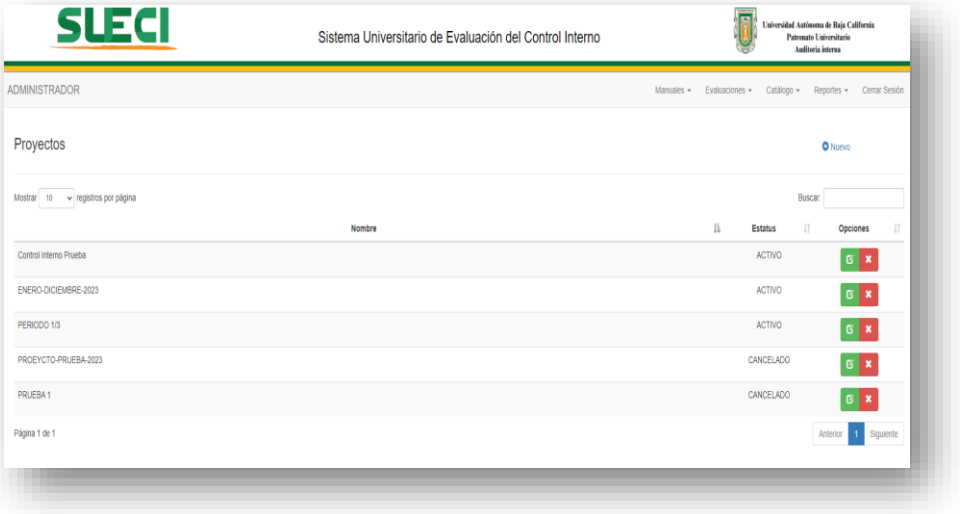
MÓDULO DE MANUALES

Se integra de lo siguiente:

Manual de usuario Administrador. - Es un documento que contiene las instrucciones para el manejo y aplicación de la herramienta para las personas encargadas de Administrar el Sistema SUECI

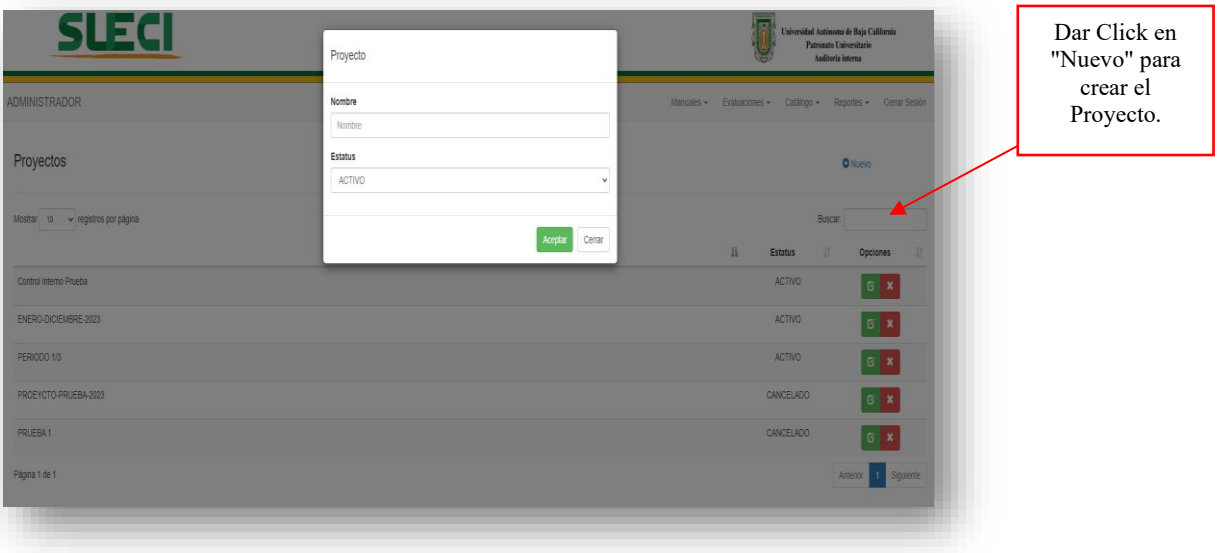
MÓDULO DE EVALUACIONES

El módulo de evaluaciones sirve para que el Administrador pueda crear proyectos de evaluación, editarlos y/o borrarlos.

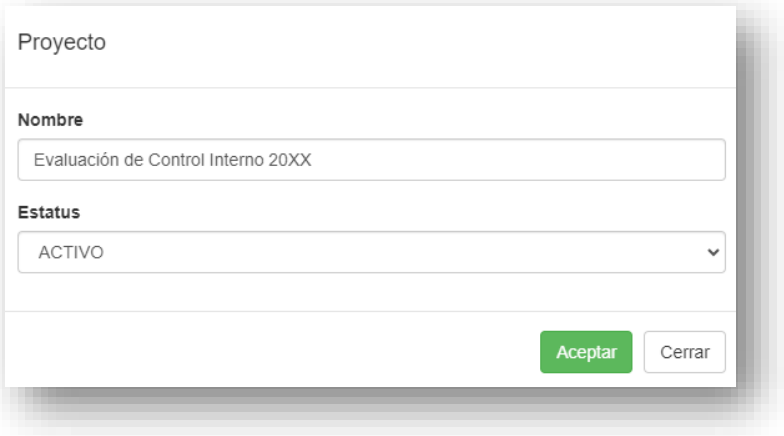


Proyectos.

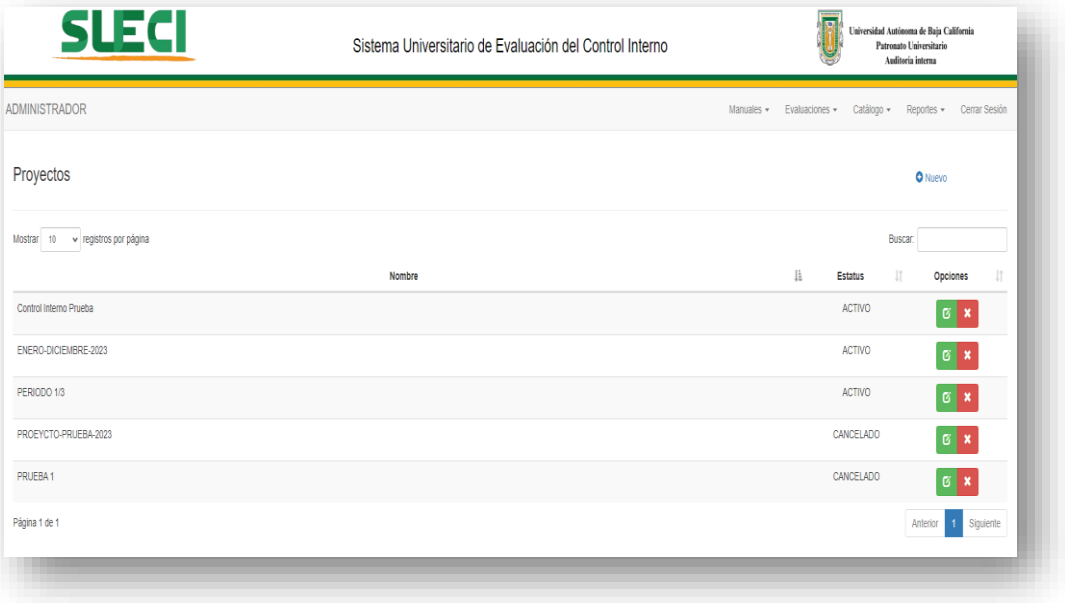
Alta de Proyectos: En el Sistema SUECI se definen los nombres de los diferentes proyectos en los que el Analista de Control Interno va a aplicar la evaluación.



Para ello se define el Nombre del proyecto y el Estatus que se tendrá si este está ACTIVO o BAJA.



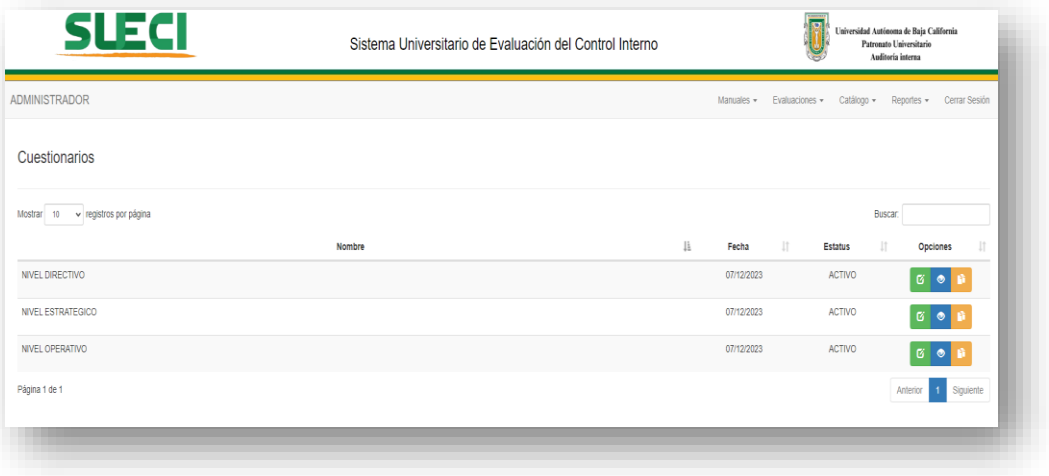
Una vez creado el proyecto aparecerá en el listado de proyectos del Administrador del Sistema SUECI.



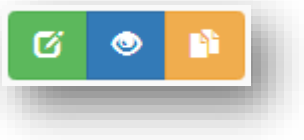
Cada proyecto contiene una columna con dos botones para poder editarlo o darlo de baja.

Cuestionarios.

Aquí es donde se muestra los cuestionarios por Nivel de Responsabilidad.



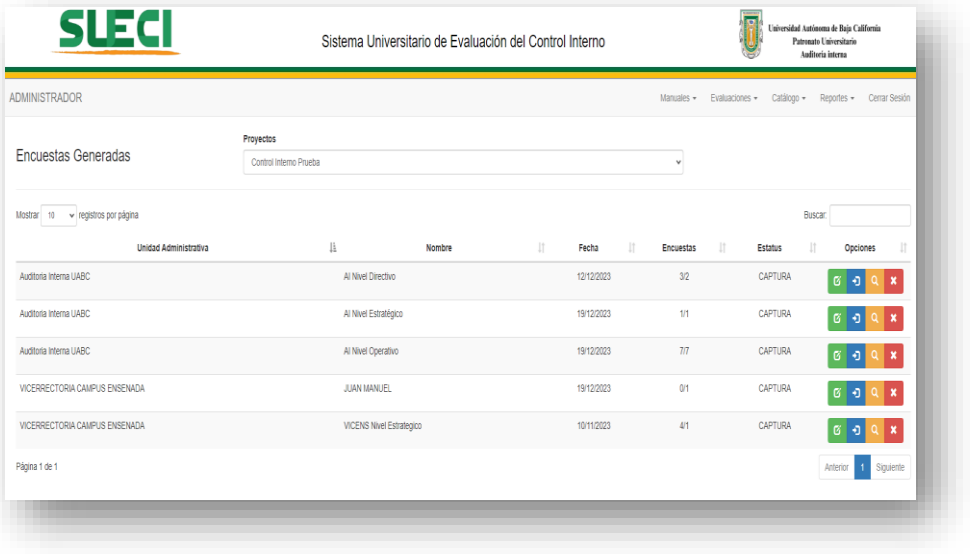
Como se observa hay tres tipos de cuestionarios de acuerdo con el Nivel de Responsabilidad: Directivo, Estratégico y Operativo. La fecha de creación y el estatus del mismo, así mismo, se observa una columna con los siguientes símbolos:



Edición de cuestionario.	Aquí podemos visualizar el estatus del cuestionario.
Visualización de Cuestionario:	Aquí podemos observar los principios, preguntas y respuestas de cada cuestionario.
Migrar o Asignar cuestionario a Proyecto.	Aquí es donde se asigna (migrar) el cuestionario al proyecto creado, a la unidad administrativa, municipio, nombre y periodo de la prueba, así como el número de empleados que se requiere y la muestra necesaria para su aplicación.

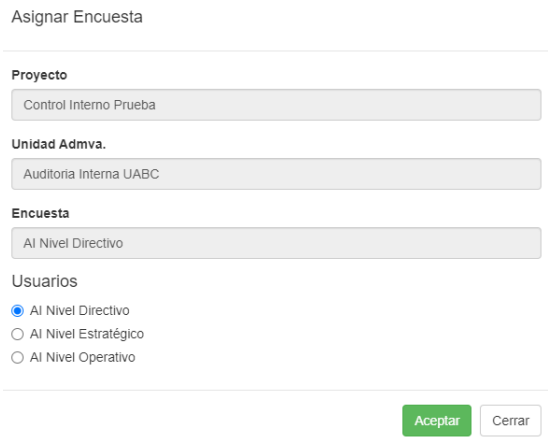
Encuetas Generadas.

Aquí visualizamos las encuestas realizadas que es la unión de los Proyectos con la asignación de los diferentes cuestionarios que se asignaron al proyecto.



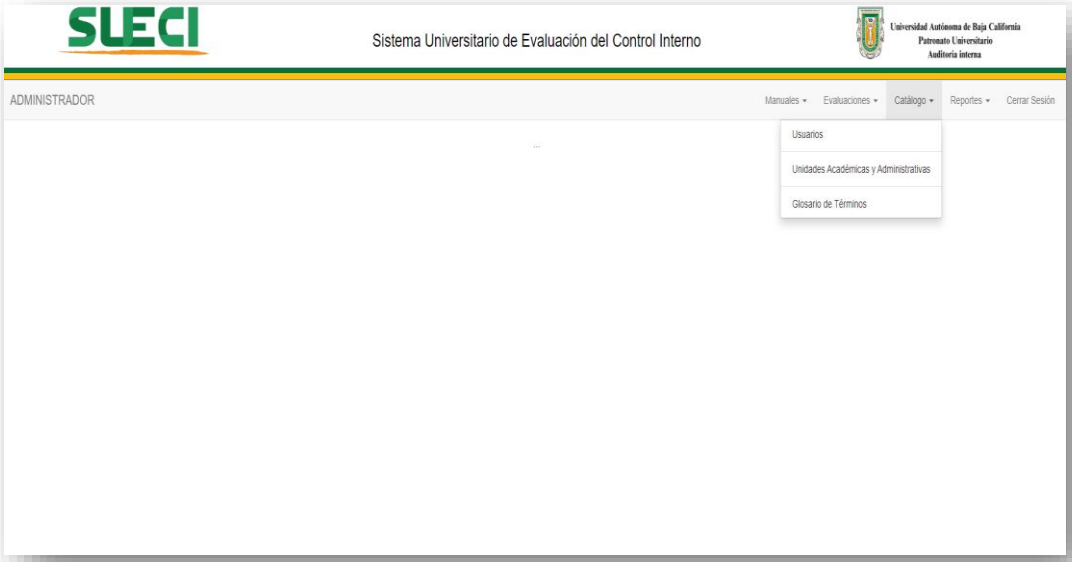
Como se visualiza se muestra un listado de las diferentes encuestas mostrando la Unidad Administrativa, Nombre, Fecha de asignación, Encuestas, Estatus y las Opciones de cada encuesta.

 Edición de encuesta.	Aquí podemos editar la asignación del cuestionario al proyecto creado, a la unidad administrativa, municipio, nombre y periodo de la prueba, así como el número de empleados que se requiere y la muestra necesaria para su aplicación. Así como, editar el estatus de la encuesta: Cancelado, captura, revisión y terminada.
Asignación de encuesta a usuarios: 	Aquí es donde se asigna la encuesta a los usuarios que la realizaran la evaluación de acuerdo con el nivel de responsabilidad: Operativo, Estratégico y Directivo.

	
Monitoreo:	Esta es una de las opciones clave del sistema, ya que aquí es donde se visualiza en tiempo real el monitoreo de las actividades del sistema, y se está monitoreando el llenado de las encuestas en las unidades académicas y dependencias administrativas.  Así mismo, en esta opción se puede cerrar la encuesta para visualización de resultados.
Baja:	Esta opción es para en caso de querer dar de baja una encuesta.

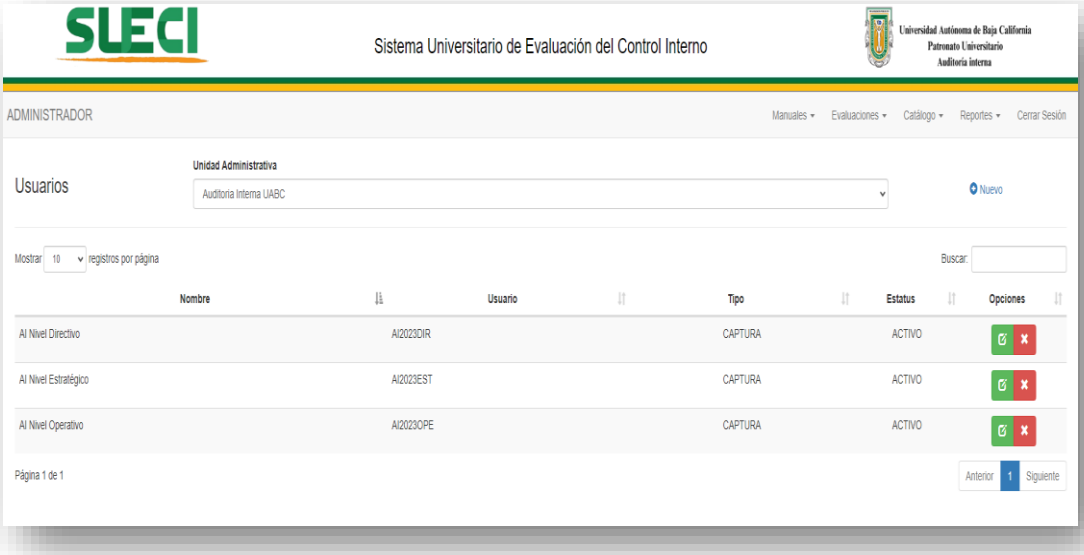
MÓDULO DE CATÁLOGOS

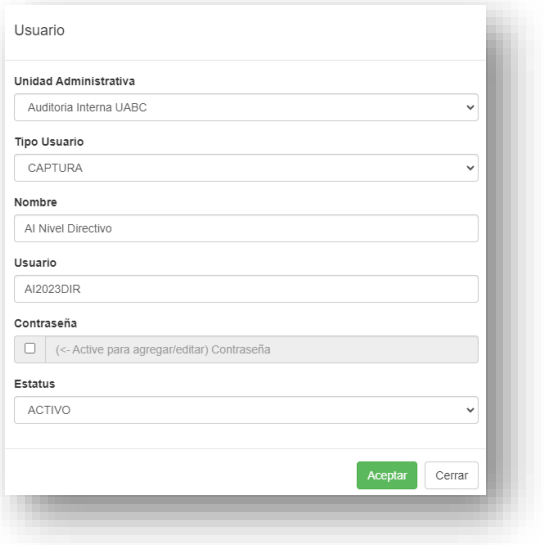
Visualización de Usuarios, Unidad Académica y Administrativa, así como, el Glosario de términos.



Usuarios.
Este módulo es el que administra los usuarios de las diferentes unidades administrativas.

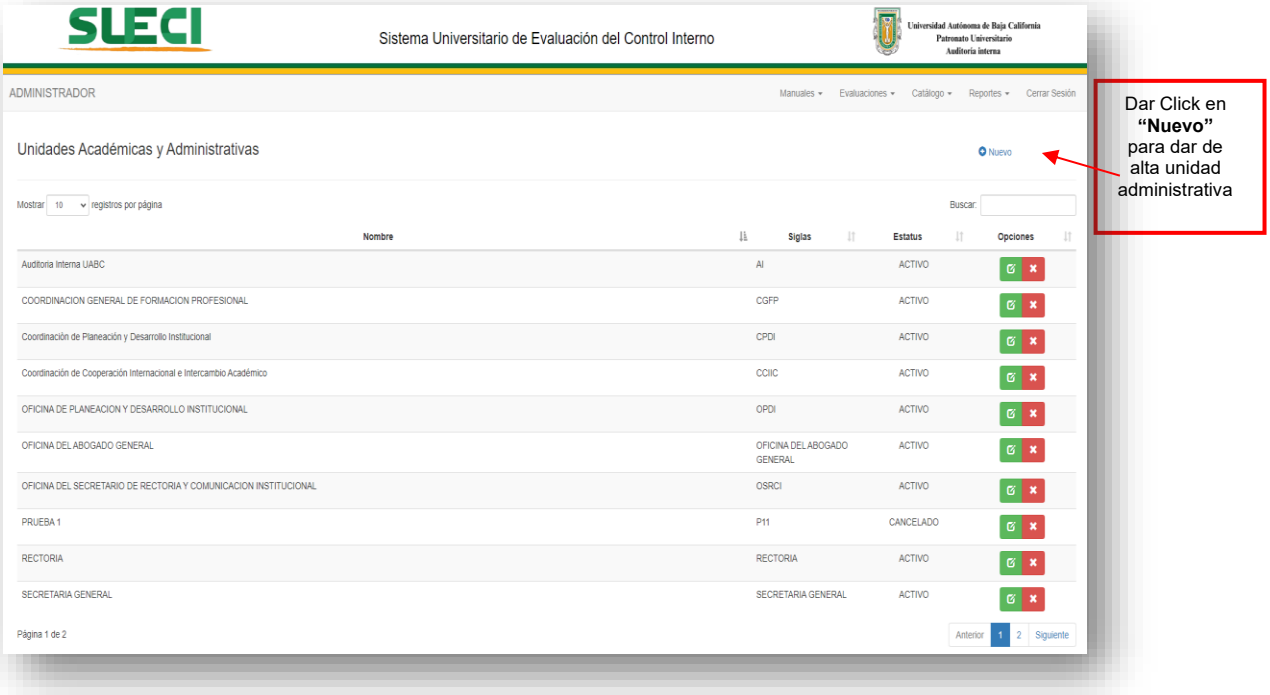
Aquí, para la creación de un usuario se selecciona la Unidad Administrativa de donde pertenece el usuario, el tipo de usuario (de captura o de administración), el nombre del usuario, la clave del usuario, la contraseña (password) y el estatus de usuario ACTIVO o CANCELADO.





Unidades Académicas y Administrativas.

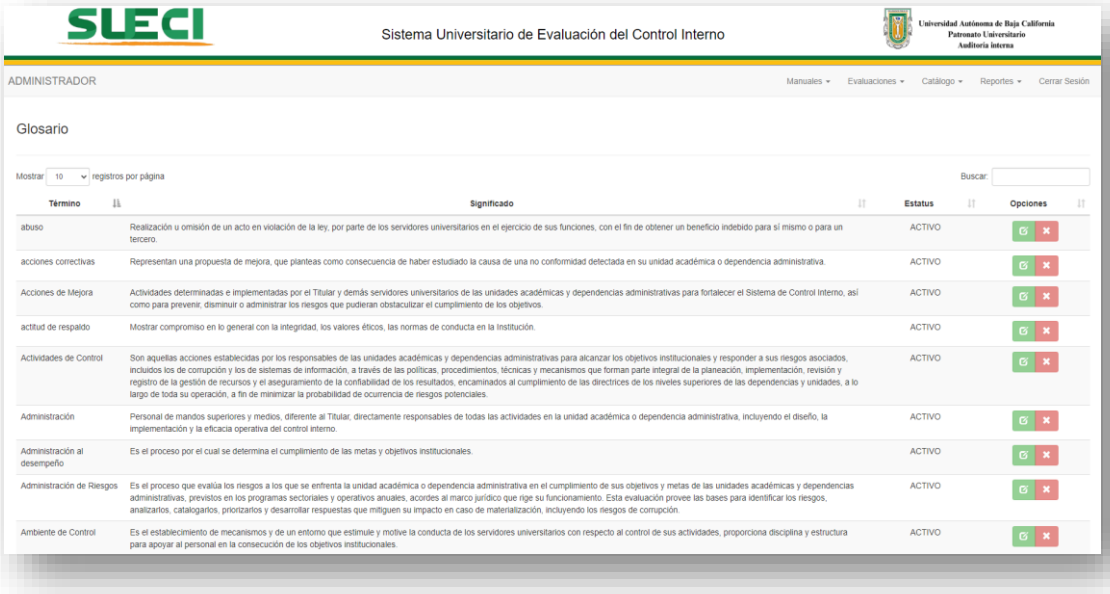
Este módulo es el que administra el catálogo de las Unidades Administrativas de la Institución, aquí se pueden dar de alta y baja unidades administrativas.



En esta parte se visualizan las unidades administrabas, sus siglas, el Estatus y los botones para edición y baja de Unidades Administrativas.

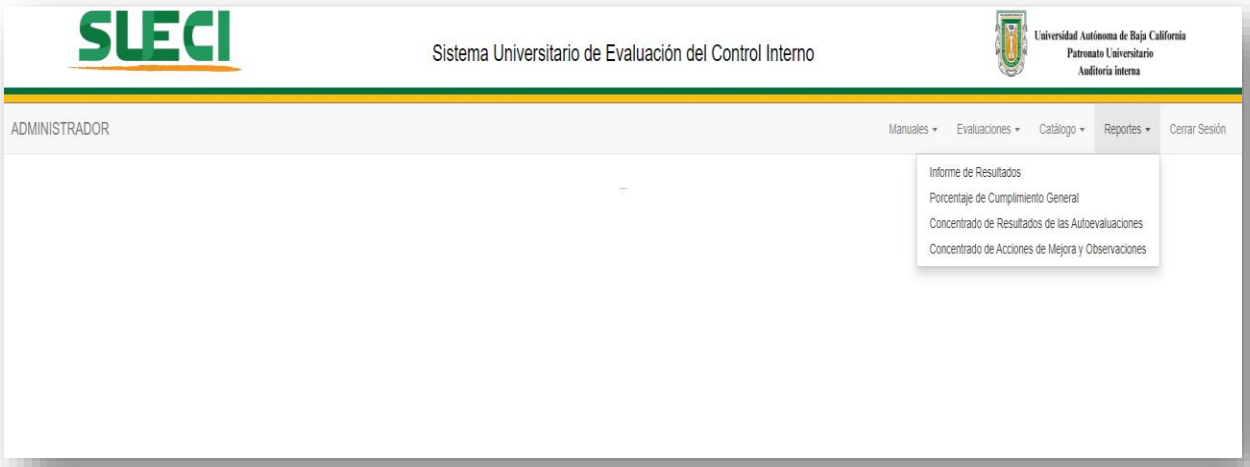
Glosario de Términos.

En este módulo de visualiza las definiciones de las pablaras que se muestran en azul al momento de realizar un cuestionario, esta parte ayuda al usuario a entender mejor la pregunta.



MÓDULO DE REPORTES

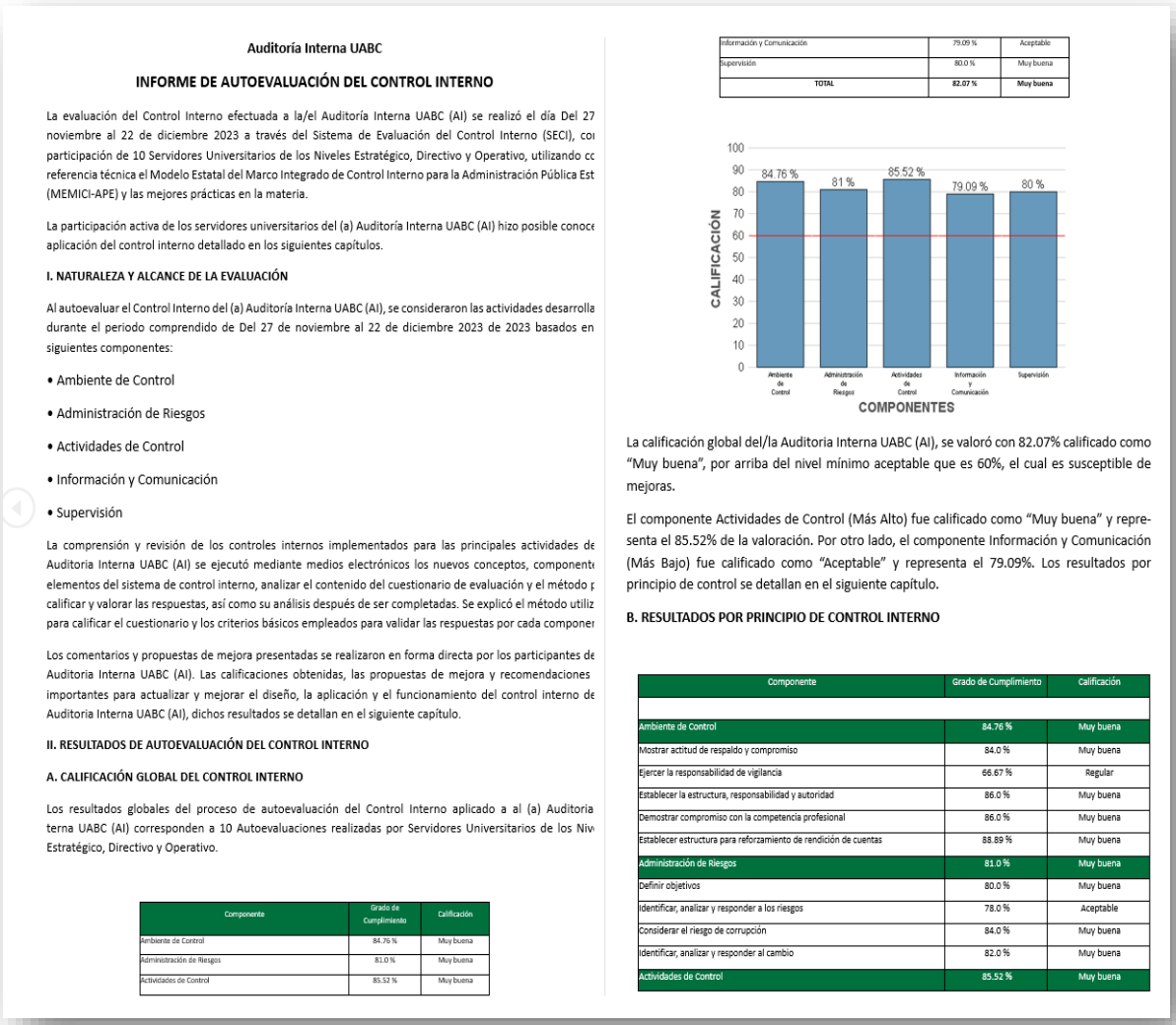
Este es el módulo Clave y la razón de ser del sistema. En esta parte se genera el “El informe de Resultados de la Autoevaluación del control Interno” de los diferentes proyectos que fueron creados y vinculados con los cuestionarios de los niveles Directivo, Estratégico y Operativo.



En este módulo se muestra el listado de los resultados de las encuestas de los diferentes proyectos, que se descarga en Word para dar los toques finales de la edición antes de ser enviado al Titular de unidad académica o dependencia administrativa.

Informe de Resultados.

Monitoreo:



Auditoría Interna UABC

INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

La evaluación del Control Interno efectuada a la/el Auditoría Interna UABC (AI) se realizó el día Del 27 noviembre al 22 de diciembre 2023 a través del Sistema de Evaluación del Control Interno (SECI), co participación de 10 Servidores Universitarios de los Niveles Estratégico, Directivo y Operativo, utilizando cc referencia técnica el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública Est (MEMICI-APE) y las mejores prácticas en la materia.

La participación activa de los servidores universitarios del (a) Auditoría Interna UABC (AI) hizo posible conoce aplicación del control interno detallado en los siguientes capítulos.

I. NATURALEZA Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

Al autoevaluar el Control Interno del (a) Auditoría Interna UABC (AI), se consideraron las actividades desarrolla durante el periodo comprendido de Del 27 de noviembre al 22 de diciembre 2023 de 2023 basados en siguientes componentes:

- Ambiente de Control
- Administración de Riesgos
- Actividades de Control
- Información y Comunicación
- Supervisión

La comprensión y revisión de los controles internos implementados para las principales actividades de Auditoría Interna UABC (AI) se ejecutó mediante medios electrónicos los nuevos conceptos, componente elementos del sistema de control interno, analizar el contenido del cuestionario de evaluación y el método p calificar y valorar las respuestas, así como su análisis después de ser completadas. Se explicó el método utiliz para calificar el cuestionario y los criterios básicos empleados para validar las respuestas por cada componer

Los comentarios y propuestas de mejora presentadas se realizaron en forma directa por los participantes de Auditoría Interna UABC (AI). Las calificaciones obtenidas, las propuestas de mejora y recomendaciones importantes para actualizar y mejorar el diseño, la aplicación y el funcionamiento del control interno de Auditoría Interna UABC (AI), dichos resultados se detallan en el siguiente capítulo.

II. RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

A. CALIFICACIÓN GLOBAL DEL CONTROL INTERNO

Los resultados globales del proceso de autoevaluación del Control Interno aplicado a al (a) Auditoría terna UABC (AI) corresponden a 10 Autoevaluaciones realizadas por Servidores Universitarios de los Niv Estratégico, Directivo y Operativo.

Componente	Grado de Cumplimiento	Calificación
Ambiente de Control	84.76 %	Muy buena
Administración de Riesgos	81.0 %	Muy buena
Actividades de Control	85.52 %	Muy buena
Información y Comunicación	79.09 %	Aceptable
Supervisión	80.0 %	Muy buena
TOTAL	82.07 %	Muy buena

La calificación global del/la Auditoria Interna UABC (AI), se valoró con 82.07% calificado como "Muy buena", por arriba del nivel mínimo aceptable que es 60%, el cual es susceptible de mejoras.

El componente Actividades de Control (Más Alto) fue calificado como "Muy buena" y representa el 85.52% de la valoración. Por otro lado, el componente Información y Comunicación (Más Bajo) fue calificado como "Aceptable" y representa el 79.09%. Los resultados por principio de control se detallan en el siguiente capítulo.

B. RESULTADOS POR PRINCIPIO DE CONTROL INTERNO

Componente	Grado de Cumplimiento	Calificación
Ambiente de Control	84.76 %	Muy buena
Mostrar actitud de respaldo y compromiso	84.0 %	Muy buena
Ejercer la responsabilidad de vigilancia	66.67 %	Regular
Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad	86.0 %	Muy buena
Demostrar compromiso con la competencia profesional	86.0 %	Muy buena
Establecer estructura para reforzamiento de rendición de cuentas	88.89 %	Muy buena
Administración de Riesgos	81.0 %	Muy buena
Definir objetivos	80.0 %	Muy buena
Identificar, analizar y responder a los riesgos	78.0 %	Aceptable
Considerar el riesgo de corrupción	84.0 %	Muy buena
Identificar, analizar y responder al cambio	82.0 %	Muy buena
Actividades de Control	85.52 %	Muy buena

Porcentaje de Cumplimiento General.

Este reporte se muestra el Porcentaje de Cumplimiento General por proyecto, así como, por unidad académica o dependencia administrativa.

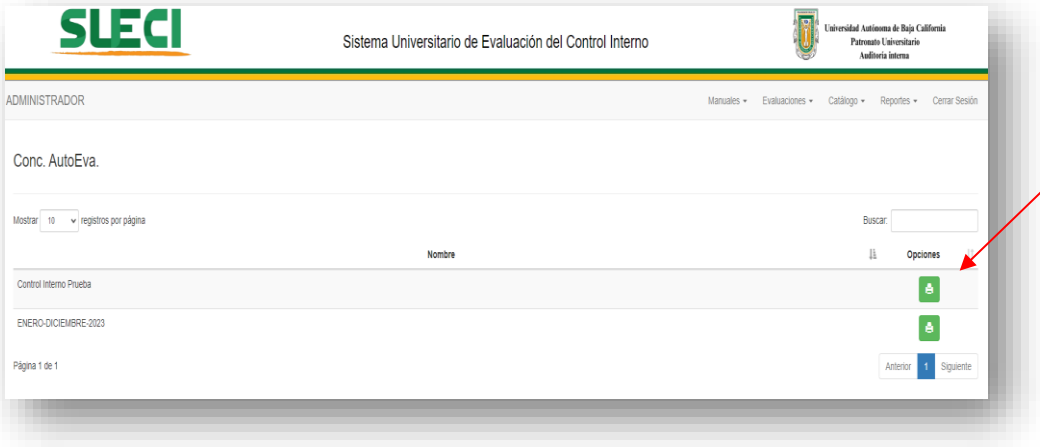
Tal como los listados anteriores se muestra al final seleccionamos el ícono  para poder visualizar la tabla de Cumplimiento.

Porcentaje de Cumplimiento General
Auditoria Interna UABC

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO GENERAL		82.07%
COMPONENTES DE CONTROL	AMBIENTE DE CONTROL	84.76%
	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	81.0%
	ACTIVIDADES DE CONTROL	85.52%
	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	79.09%
	SUPERVISIÓN	80.0%
NIVEL ESTRATEGICO	NIVEL ESTRATÉGICO	91.0%
	NIVEL OPERATIVO	84.86%
	NIVEL DIRECTIVO	69.3%

Concentrado de Resultados de las Autoevaluaciones.

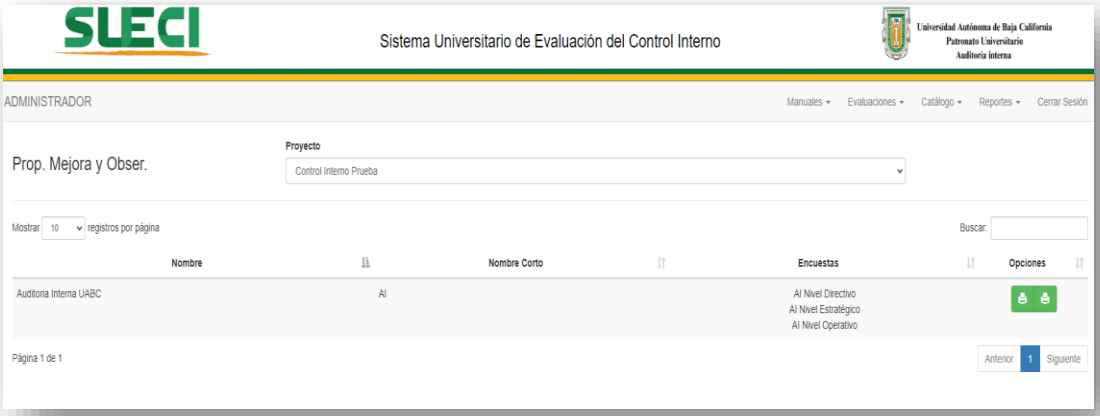
Aquí el Analista de Control Interno de Auditoría Interna se informa del porcentaje de los resultados de las autoevaluaciones a manera de reporte el cual se puede descargar en documento Excel.

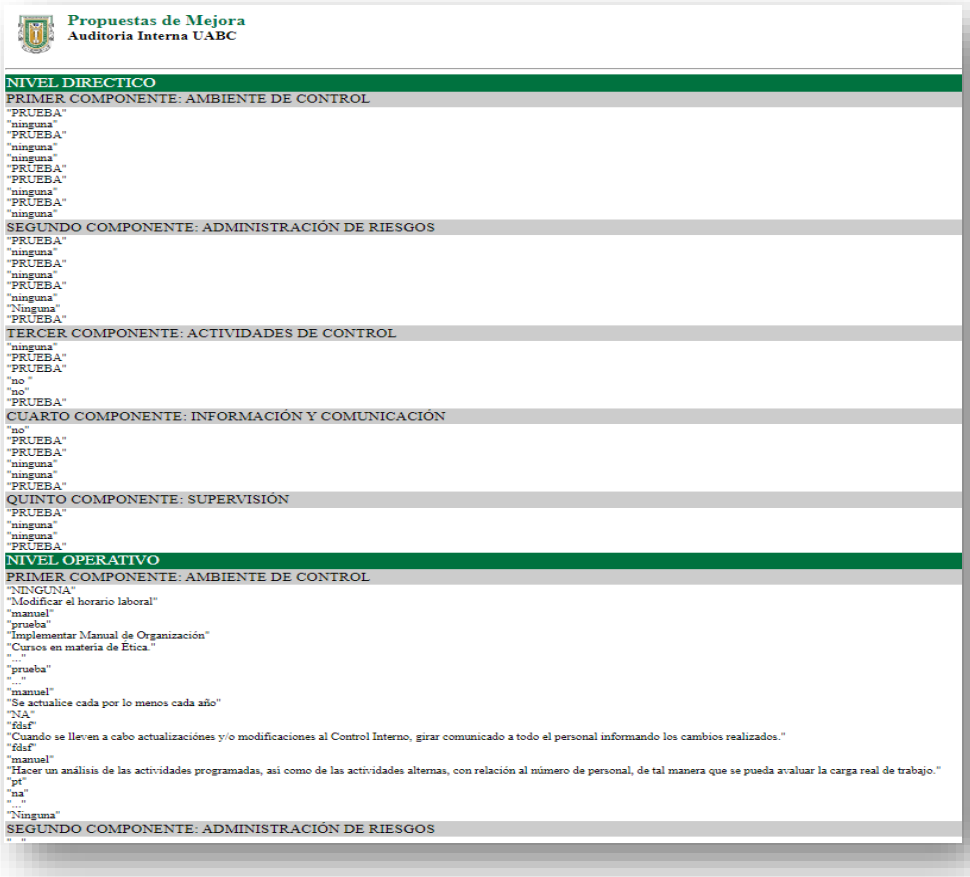


Dar Click para descarga de reporte general.

Concentrado de Acciones de Mejora y Observaciones.

Derivado de los resultados de las autoevaluaciones de cada proyecto en este reporte se concentran las propuestas de mejora y los comentarios por niveles de responsabilidad que se obtuvieron:





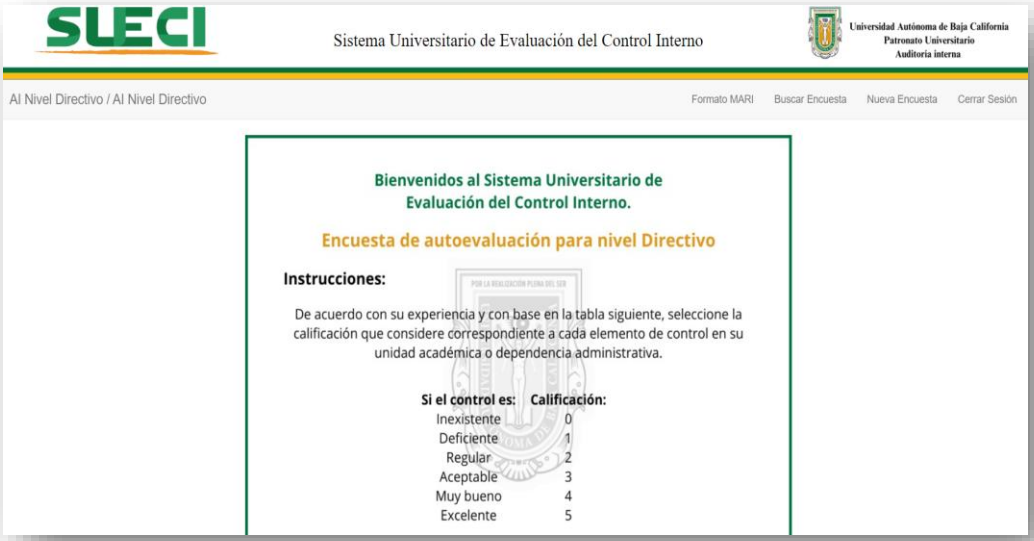
Propuestas de Mejora
Auditoria Interna UABC

NIVEL DIRECTICO
PRIMER COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL
"PRUEBA"
"ninguna"
"PRUEBA"
"ninguna"
"ninguna"
"PRUEBA"
"PRUEBA"
"ninguna"
"PRUEBA"
"ninguna"
SEGUNDO COMPONENTE: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
"PRUEBA"
"ninguna"
"PRUEBA"
"ninguna"
"PRUEBA"
"ninguna"
"Ninguna"
"PRUEBA"
TERCER COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL
"ninguna"
"PRUEBA"
"PRUEBA"
"no "
"no"
"PRUEBA"
CUARTO COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
"no"
"PRUEBA"
"PRUEBA"
"ninguna"
"ninguna"
"PRUEBA"
QUINTO COMPONENTE: SUPERVISIÓN
"PRUEBA"
"ninguna"
"ninguna"
"PRUEBA"
NIVEL OPERATIVO
PRIMER COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL
"NINGUNA"
"Modificar el horario laboral"
"manuel"
"prueba"
"Implementar Manual de Organización"
"Cursos en materia de Ética."
" "
"prueba"
" "
"manuel"
"Se actualice cada por lo menos cada año"
"NA"
"fdsf"
"Cuando se lleven a cabo actualizaciónes y/o modificaciones al Control Interno, girar comunicado a todo el personal informando los cambios realizados."
"fdsf"
"manuel"
"Hacer un análisis de las actividades programadas, así como de las actividades alternas, con relación al número de personal, de tal manera que se pueda avaluar la carga real de trabajo."
"pt"
"na"
" "
"Ninguna"
SEGUNDO COMPONENTE: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
" "

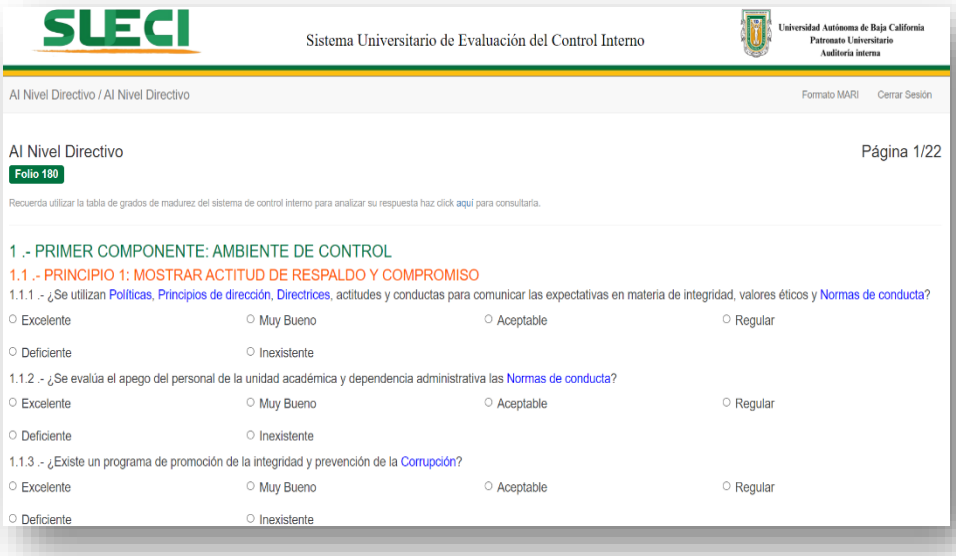
Resultado por Pregunta.

El Sistema SUECI genera un reporte descargable que presenta el concentrado de respuestas por pregunta, integrando la información correspondiente a los tres niveles de responsabilidad: Estratégico, Directivo y Operativo. Este reporte permite una visualización consolidada y estructurada de los resultados, facilitando el análisis y la toma de decisiones.

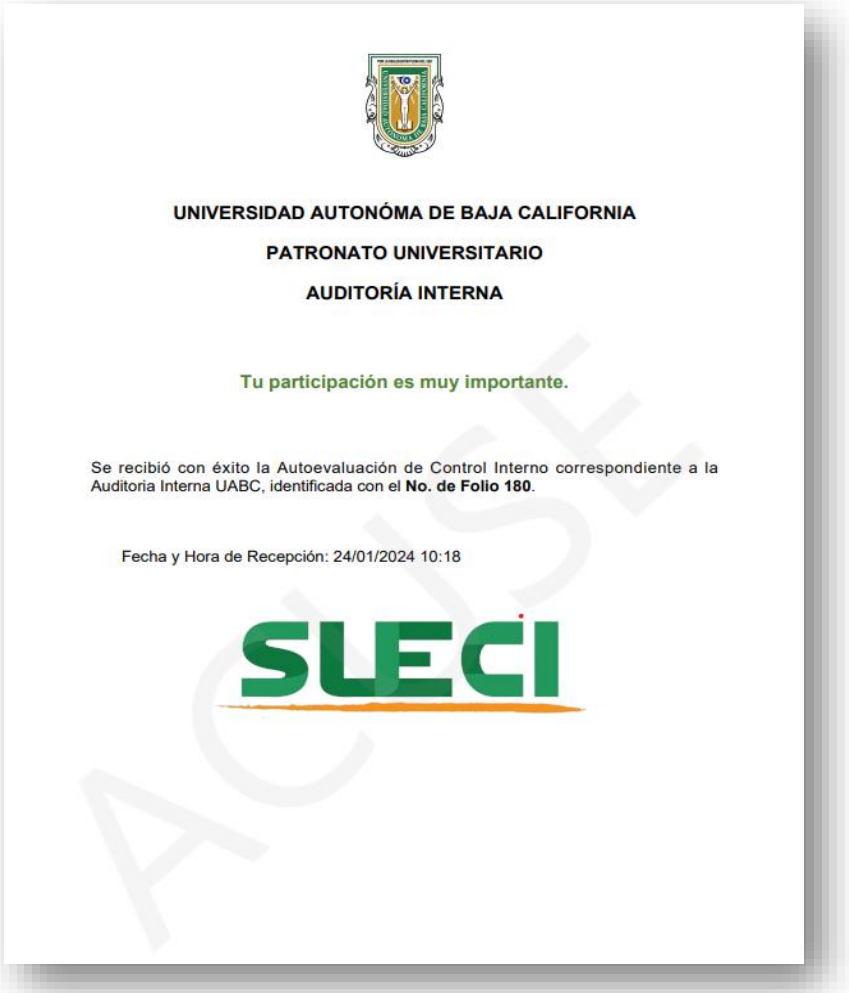
El Usuario del sistema SUECI, lo utilizará el servidor universitario seleccionado para responder el cuestionario de acuerdo con su Nivel de Responsabilidad: Estratégico, Directivo y Operativo, este último se selecciona al personal mediante un muestreo. Asimismo, la persona encarga como Analista de Control Interno por parte de Auditoría Interna es quien hará la selección del personal participante, donde entregará usuario y contraseña para su acceso en una plática o introducción del objetivo general del SUECI.



El servidor universitario con su usuario y contraseña proporcionado previamente por la persona Analista de control Interno, podrá ingresar al sistema SUECI y evaluar el Sistema de control interno de su unidad académica o dependencia administrativa.



El servidor universitario al finalizar el cuestionario podrá generar acuse de participación.



UNIVERSIDAD AUTONÓMA DE BAJA CALIFORNIA

PATRONATO UNIVERSITARIO

AUDITORÍA INTERNA

Tu participación es muy importante.

Se recibió con éxito la Autoevaluación de Control Interno correspondiente a la Auditoria Interna UABC, identificada con el **No. de Folio 180**.

Fecha y Hora de Recepción: 24/01/2024 10:18

SLECI

CONCLUSIÓN

El Desarrollo del Sistema de Control Interno sólido dentro de la UABC no solo constituye un requisito normativo, sino un compromiso ético e institucional con la transparencia en el uso y aprovechamiento de los recursos, la rendición de cuentas y la mejora continua.

De ahí, la importancia de contar con un Control Interno eficiente y efectivo, con lineamientos y procesos especializados que ayuden en la prevención de actos de corrupción y una mala utilización de los recursos; lo que demuestra el interés y responsabilidad del personal a cargo del ejercicio de estos.

Este esfuerzo no solo fortalece la gestión administrativa, académica y operativa, sino que consolida una cultura organizacional basada en la integridad, la responsabilidad y la eficiencia. Por ello, es necesario destacar el impacto de llevar a cabo un proceso de control interno correcto y eficiente en las instituciones públicas para el uso de los recursos ya que se encuentra ligado al cumplimiento de las metas institucionales, cumplimiento de objetivos y mejoras en procesos internos.

En un entorno en constante transformación, la institución debe ser ejemplo de integridad y eficiencia en la administración de los recursos públicos y propios, asegurando que cada acción y decisión contribuya al fortalecimiento de la confianza ciudadana y al logro de los fines institucionales.
El Control Interno se erige como una herramienta estratégica para garantizar la correcta administración de los recursos públicos, la confiabilidad de la información y la toma de decisiones fundamentales. Así, la institución reafirma su vocación de servicio, su compromiso con la excelencia y su deber de actuar con probidad ante la sociedad a la que se debe.

El Control Interno tiene la finalidad de ser comprendido y aplicado por todo el personal, impulsando la responsabilidad, la honestidad y la calidad en el desempeño de las funciones institucionales. En este sentido, su adecuada aplicación no solo refleja una institución moderna y consciente de los nuevos tiempos, sino también una organización comprometida con la excelencia, la transparencia y la rendición de cuentas.

Asimismo, es también un siguiente paso el dar a conocer al personal tanto administrativo y operativo el proceso de Control Interno, así como, las herramientas necesarias que permitirán un mejor desempeño de actividades y forjaran los principios éticos de cada uno de los que laboran dentro de la Institución, así mismo genera una conducta de responsabilidad en el personal, que permitirá estar preparados para afrontar los actos de fiscalización.

Es nuestra responsabilidad en la UABC supervisar, evaluar y realizar recomendaciones a aquellos procesos internos, así como identificar cada componente que en el marco jurídico federal son obligatorios tener un correcto funcionamiento.

Así, el Control Interno se erige como un pilar fundamental para consolidar una cultura de integridad y servicio, que fortalece la confianza pública y reafirma el papel de la universidad como ejemplo de ética, eficiencia y compromiso con el bien común.

REFERENCIAS

- **"Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno"**, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el **3 de noviembre de 2016**, con su **última reforma publicada el 5 de septiembre de 2018**.

- **"Marco Integrado de Control Interno (MICI)"**, aprobado en la **Quinta Reunión Plenaria del Sistema Nacional de Fiscalización**, celebrada en el año **2014**.

- **"Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI)"**, publicado en el *Periódico Oficial del Estado de Baja California* el **29 de julio de 2016**.

- **"Disposiciones en Materia de Control Interno para el Estado de Baja California"**, publicadas en el *Periódico Oficial del Estado de Baja California* el **23 de febrero de 2018**. Disponible en: https://www1.bajacalifornia.gob.mx/shfp/MARCO/Disposiciones-POE_23_Feb_2018.pdf

OTRAS FUENTES:

- **Santillana González, Juan R. (2015). *Sistemas de Control Interno* (3ª ed.). México: Editorial Pearson.**

- **Fonseca Luna, Oswaldo (2011). *Sistema de Control Interno para Organizaciones* (1ª ed.). Instituto de Investigaciones en Accountability y Control.**

- **Mantilla, Samuel Alberto (2005). *Auditoría de Control Interno*, (4ª ed.). ECOE ediciones.**

- **Mantilla, Samuel Alberto (2005). *Control Interno. Informe COSO,* (3ª ed.). ECOE ediciones.**

- **Estupiñan Gaitán Rodrigo. Administración de riesgos E.R.M. y la auditoría interna. (2ª ed.). ECOE ediciones.**

- **Estupiñan Gaitán Rodrigo. Control Interno y Fraudes. (4ª ed.). ECOE ediciones.**

- **Sitio web:** www.intosai.org **— *COSO 2013*.**

- **Sitio web:** https://www.sna.org.mx/ **— Sistema Nacional Anticorrupción**

- **Sitio web:** www.snf.org.mx **— *Sistema Nacional de Fiscalización, Grupo de Trabajo de Control Interno*.**