

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
Elemento 1.1.c	Se efectúa la Planeación Estratégica Institucional como un proceso sistemático con mecanismos de control y seguimiento, que proporcionen periódicamente información relevante y confiable para la toma oportuna de decisiones;	Instruir al Secretario General que se implemente la etapa I. de "diseño" del Tablero de Control para el seguimiento al cumplimiento de metas del Plan Estratégico de Mediano Plazo 2014-2018, apoyándose en TIC's.	Estratégico 1.1	01-jul-15	30-abr-16	Secretaría General	Secretario General	Constancia de la implementación del Tablero de Control	85%. El Tablero de Control se encuentra en proceso de validación por la Secretaría Académica. Se complementa con los informes trimestrales de avance de metas e indicadores contenidos en las Bases de Colaboración.
Elemento 1.2.b	Los riesgos están alineados con los objetivos y metas del plan estratégico institucional, y existe una participación activa de todos los niveles de la institución y del Órgano Interno de Control;	1. Integrar, formalizar y difundir el Equipo de Trabajo y la Metodología de Administración de Riesgos Institucional, conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, en coordinación con Secretario General y Secretaría Académica. 1.1 Comunicar a los Mandos Superiores, que reporten a la Presidencia los riesgos de atención inmediata y factores que se detecten en la Áreas de su adscripción, así como sus propuestas de acciones de control, en el formato que se diseñe.	Estratégico 1.1	01-jul-15	31-dic-15	Presidencia	>Secretario General >Secretaría Académica	1. Constancia de formalización del Equipo de Trabajo y Metodología de ARI a aplicar. 2. Constancia del Comunicado a Titulares. 3. Constancia(s) de Reporte(s) a la Presidencia 4. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1 y 2- Correo electrónico al Equipo de Trabajo con el envío de la Metodología de ARI. 3.- Correo electrónico a la Presidencia 4.- Matriz, Mapa de Riesgos y Programa de Trabajo 2016 que se presentará a Órgano de Gobierno
Elemento 1.2.c	Se tiene establecido un procedimiento para identificar los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pueden afectar a la Institución.	1. Integrar, formalizar y difundir el Equipo de Trabajo y la Metodología de Administración de Riesgos Institucional, conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, en coordinación con Secretario General y Secretaría Académica. 1.1 Comunicar a los Mandos Superiores, que reporten a la Presidencia los riesgos de atención inmediata y factores que se detecten en la Áreas de su adscripción, así como sus propuestas de acciones de control, en el formato que se diseñe.	Estratégico 1.1	01-jul-15	31-dic-15	Presidencia	>Secretario General >Secretaría Académica	1. Constancia de formalización del Equipo de Trabajo y Metodología de ARI a aplicar. 2. Constancia del Comunicado a Titulares. 3. Constancia(s) de Reporte(s) a la Presidencia 4. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1 y 2- Correo electrónico al Equipo de Trabajo con el envío de la Metodología de ARI. 3.- Correo electrónico a la Presidencia 4.- Matriz, Mapa de Riesgos y Programa de Trabajo 2016 que se presentará a Órgano de Gobierno
Elemento 1.3.a	Se diseñan y establecen actividades de control para la administración de riesgos e integración de políticas y procedimientos institucionales;	1. Analizar en reuniones de trabajo con Secretario General y Secretaría Académica, sus Reportes de Mejora Continua del Proceso, relativos a: 1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) de atención inmediata y factores que se detecten en la áreas de su adscripción, así como sus propuestas de acciones de control. 1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora. 1.3 Seguimiento de las acciones de mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación).	Estratégico 1.1	02-ago-15	31-dic-15	Presidencia	>Presidencia >Secretario General >Secretaría Académica	Constancia(s) del análisis de Reporte(s) para Mejora Continua del Proceso.	100% 1.1 De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. 1.2 Con el propósito de continuar fortaleciendo el Control Interno, El Colegio ha realizado acciones administrativas, de docencia y de tecnologías de información, con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable para la consecución de objetivos y actividades
Elemento 1.5.a	Se supervisa y evalúa periódicamente el Sistema de Control Interno Institucional por parte de los servidores públicos responsables de su ejecución, en sus respectivos niveles y ámbitos de competencia a fin de mantener y elevar su eficiencia y eficacia (mejora continua);	1. Analizar en reuniones de trabajo con Secretario General y Secretaría Académica, sus Reportes de Mejora Continua del Proceso, relativos a: 1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) de atención inmediata y factores que se detecten en la áreas de su adscripción, así como sus propuestas de acciones de control. 1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora. 1.3 Seguimiento de las acciones de mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación).	Estratégico 1.1	02-ago-15	31-dic-15	Presidencia	>Presidencia >Secretario General >Secretaría Académica	Constancia(s) del análisis de Reporte(s) para Mejora Continua del Proceso.	100% 1.1 De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. 1.2 Con el propósito de continuar fortaleciendo el Control Interno, El Colegio ha realizado acciones administrativas, de docencia y de tecnologías de información, con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable para la consecución de objetivos y actividades

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
Elemento 1.5.b	Las debilidades del sistema control interno institucional identificadas en su evaluación, se utilizan para su retroalimentación y que se atienden con diligencia y prioridad las de mayor importancia, a través del Programa de Trabajo de Control Interno;	1. Analizar en reuniones de trabajo con Secretario General y Secretaría Académica, sus Reportes de Mejora Continua del Proceso, relativos a: 1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) de atención inmediata y factores que se detecten en la áreas de su adscripción, así como sus propuestas de acciones de control. 1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora. 1.3 Seguimiento de las acciones de mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación).	Estratégico 1.1	02-ago-15	31-dic-15	Presidencia	>Presidenta >Secretario General >Secretaría Académica	Constancia(s) del análisis de Reporte(s) para Mejora Continua del Proceso.	100% 1.1 De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. 1.2 Con el propósito de continuar fortaleciendo el Control Interno, El Colegio ha realizado acciones administrativas, de docencia y de tecnologías de información, con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable para la consecución de objetivos y actividades
Elemento 2.1.e	La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos;	1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR,PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
		Se encuentra en proceso de aprobación por las instancias normativas correspondientes		01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% El Colegio concluyó con la revisión y actualización del Manual de Organización, en el que se incluye la Estructura Organizacional. Se presentará a la aprobación del Órgano de Gobierno, por lo que este elemento de control se asume.

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		Se encuentra en proceso de aprobación por las instancias normativas correspondientes		01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% El Colegio concluyó con la revisión y actualización del Manual de Organización, en el que se incluye la Estructura Organizacional. Se presentará a la aprobación del Órgano de Gobierno, por lo que este elemento de control se asume.
		Se espera que la Coordinadora Sectorial y las áreas normativas aprueben continuar con el proceso que permita los registros correspondientes		01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% El Colegio concluyó con la revisión y actualización del Manual de Organización, en el que se incluye la Estructura Organizacional. Se presentará a la aprobación del Órgano de Gobierno, por lo que este elemento de control se asume.
Elemento 2.1.f	Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos;	Revisar y, en su caso, actualizar la descripción y perfiles de puesto, de las áreas bajo su responsabilidad.	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Constancia del resultado de la gestión y, en su caso, dictamen de aprobación.	Los perfiles y las descripciones de puesto en este momento no pueden ser actualizados ya que se encuentran vinculadas al Manual de Organización el cual está prevista su aprobación en la Segunda Sesión de Órgano de Gobierno
		Revisar y, en su caso, actualizar la descripción y perfiles de puesto, de las áreas bajo su responsabilidad.	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Constancia del resultado de la gestión y, en su caso, dictamen de aprobación.	Los perfiles y las descripciones de puesto en este momento no pueden ser actualizados ya que se encuentran vinculadas al Manual de Organización el cual está prevista su aprobación en la Segunda Sesión de Órgano de Gobierno
		Revisar y, en su caso, actualizar la descripción y perfiles de puesto, de las áreas bajo su responsabilidad.	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Constancia del resultado de la gestión y, en su caso, dictamen de aprobación.	Los perfiles y las descripciones de puesto en este momento no pueden ser actualizados ya que se encuentran vinculadas al Manual de Organización el cual está prevista su aprobación en la Segunda Sesión de Órgano de Gobierno
		Revisar y, en su caso, actualizar la descripción y perfiles de puesto, de las áreas bajo su responsabilidad.	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	Constancia del resultado de la gestión y, en su caso, dictamen de aprobación.	Los perfiles y las descripciones de puesto en este momento no pueden ser actualizados ya que se encuentran vinculadas al Manual de Organización el cual está prevista su aprobación en la Segunda Sesión de Órgano de Gobierno
		Revisar y, en su caso, actualizar la descripción y perfiles de puesto, de las áreas bajo su responsabilidad.	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	Constancia del resultado de la gestión y, en su caso, dictamen de aprobación.	Los perfiles y las descripciones de puesto en este momento no pueden ser actualizados ya que se encuentran vinculadas al Manual de Organización el cual está prevista su aprobación en la Segunda Sesión de Órgano de Gobierno
		Se encuentra en proceso de aprobación por las instancias normativas correspondientes		01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	Constancia del resultado de la gestión y, en su caso, dictamen de aprobación.	Los perfiles y las descripciones de puesto en este momento no pueden ser actualizados ya que se encuentran vinculadas al Manual de Organización el cual está prevista su aprobación en la Segunda Sesión de Órgano de Gobierno
		Se espera que la Coordinadora Sectorial y las áreas normativas aprueben continuar con el proceso que permita los registros correspondientes		01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	Constancia del resultado de la gestión y, en su caso, dictamen de aprobación.	Los perfiles y las descripciones de puesto en este momento no pueden ser actualizados ya que se encuentran vinculadas al Manual de Organización el cual está prevista su aprobación en la Segunda Sesión de Órgano de Gobierno

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
Elemento 2.1.g	El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales y se actualiza con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable;	1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de el Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de el Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de el Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de el Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de el Colegio.
Elemento 2.1.h	Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.	Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR.PS1.1	02-ago-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de los sistemas se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PS2.1	02-ago-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de los sistemas se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PS3.1	02-ago-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de los sistemas se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PA1.1	02-ago-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de los sistemas se efectúan a través de la Mesa de Ayuda

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría General y, éste a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PA2.1	02-ago-15	31-dic-15	Secretario General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de los sistemas se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
Elemento 2.2.a	Se aplica la metodología establecida institucionalmente para la identificación, evaluación, atención y seguimiento de los riesgos de cada proceso;	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría General y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría General y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría General y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría General y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
Elemento 2.2.b	En el proceso se tienen identificados y formalmente documentados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos y metas institucionales;	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría General y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
Elemento 2.2.c	Se identifican los factores internos y externos (social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental, competitividad) que pueden aumentar el impacto y la probabilidad de los riesgos identificados en el proceso;	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
Elemento 2.2.d	Se identifican y evalúan en los procesos los cambios internos (administración, personal, actividades, variaciones, actitud y/o filosofía de dirección) y externos (ambiente regulatorio, económicos, y físicos) que pueden impactar en la identificación de riesgos y en el Sistema de Control Interno Institucional;	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
Elemento 2.2.e	Se tiene formalmente establecido un procedimiento por el cual queden asignadas las responsabilidades para la mitigación y administración de riesgos por parte de quienes operan los procesos;	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.
Elemento 2.2.f	Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de las áreas que intervienen en el proceso de implantar el programa o programas de administración de riesgos;	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% El grupo de trabajo de ARI implementó la Metodología para la Administración de Riesgos Institucionales.
Elemento 2.2.g	Se instrumentan acciones para identificar y reducir los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales, inherentes a las operaciones del proceso que pueden afectar a la Institución.	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefe del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados al Secretario General y a la Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		<p>1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016)</p> <p>2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)</p>	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	<p>1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría General y Presidenta.</p> <p>3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.</p>	<p>100%</p> <p>1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI.</p> <p>2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno.</p> <p>3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.</p>
Elemento 2.3.a	Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos del proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC's;	<p>1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016)</p> <p>2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)</p>	DIR PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	<p>>Directora de Biblioteca</p> <p>>Directora de Docencia</p> <p>>Jefe de Publicaciones</p>	<p>1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>2. Constancia(s) de Reporte(s) a la Presidenta y a la Secretaría Académica</p> <p>3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.</p>	<p>100%</p> <p>1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI.</p> <p>2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno.</p> <p>3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.</p> <p>Con el propósito de continuar fortaleciendo el Control Interno, El Colegio ha realizado acciones administrativas, de docencia y de tecnologías de información, con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable para la consecución de objetivos y actividades</p>
		<p>1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016)</p> <p>2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)</p>	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	<p>>Directora de Biblioteca</p> <p>>Directora de Docencia</p> <p>>Jefe de Publicaciones</p>	<p>1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>2. Constancia(s) de Reporte(s) a la Presidenta.</p> <p>3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.</p>	<p>100%</p> <p>1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI.</p> <p>2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno.</p> <p>3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.</p> <p>Con el propósito de continuar fortaleciendo el Control Interno, El Colegio ha realizado acciones administrativas, de docencia y de tecnologías de información, con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable para la consecución de objetivos y actividades</p>
		<p>1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016)</p> <p>2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)</p>	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	<p>>Directora de Biblioteca</p> <p>>Directora de Docencia</p> <p>>Jefe de Publicaciones</p>	<p>1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>2. Constancia(s) de Reporte(s) a la Presidenta y a la Secretaría Académica</p> <p>3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.</p>	<p>100%</p> <p>1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI.</p> <p>2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno.</p> <p>3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.</p> <p>Con el propósito de continuar fortaleciendo el Control Interno, El Colegio ha realizado acciones administrativas, de docencia y de tecnologías de información, con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable para la consecución de objetivos y actividades</p>

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Constancia(s) de Reporte(s) a la Presidenta y a la Secretaría General 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete. Con el propósito de continuar fortaleciendo el Control Interno, El Colegio ha realizado acciones administrativas, de docencia y de tecnologías de información, con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable para la consecución de objetivos y actividades
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Constancia(s) de Reporte(s) a la Presidenta y a la Secretaría General 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete. Con el propósito de continuar fortaleciendo el Control Interno, El Colegio ha realizado acciones administrativas, de docencia y de tecnologías de información, con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable para la consecución de objetivos y actividades
Elemento 2.3.b	Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos del proceso, están comunicadas y ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad;	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidenta. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría General y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría General y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
Elemento 2.3.c	Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;	Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretaría Académica y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar al Secretario General y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretario General y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	1. Comunicado al personal del área, indicándole que reporte los riesgos y factores que detecte, así como sus propuestas de acciones de control. 2. Reportes para mejora continua del proceso, presentados a Secretario General y Presidencia. 3. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
Elemento 2.3.g	Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;	Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar al Secretario General y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefa del Departamento Recursos Humanos	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar al Secretario General y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
Elemento 2.3.k	En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's.	Dar seguimiento y actualización permanente a las actividades (relacionadas con éste ECI) que indica el MAAGTICS,.	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (UTIC)	Titular de la UTIC	Minutas y bitácoras UTIC.	100% Se implementó el formato único para altas/bajas/cambios de usuarios para los servicios UTIC. Los usuarios ya lo usan en el Portal de Servicios Digitales (PSD)
		Dar seguimiento y actualización permanente a las actividades (relacionadas con éste ECI) que indica el MAAGTICS,.	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (UTIC)	Titular de la UTIC	Minutas y bitácoras UTIC.	100% Se implementó el formato único para altas/bajas/cambios de usuarios para los servicios UTIC. Los usuarios ya lo usan en el Portal de Servicios Digitales (PSD)
		Dar seguimiento y actualización permanente a las actividades (relacionadas con éste ECI) que indica el MAAGTICS,.	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (UTIC)	Titular de la UTIC	Minutas y bitácoras UTIC.	100% Se implementó el formato único para altas/bajas/cambios de usuarios para los servicios UTIC. Los usuarios ya lo usan en el Portal de Servicios Digitales (PSD)
		Dar seguimiento y actualización permanente a las actividades (relacionadas con éste ECI) que indica el MAAGTICS,.	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (UTIC)	Titular de la UTIC	Minutas y bitácoras UTIC.	100% Se implementó el formato único para altas/bajas/cambios de usuarios para los servicios UTIC. Los usuarios ya lo usan en el Portal de Servicios Digitales (PSD)
		Dar seguimiento y actualización permanente a las actividades (relacionadas con éste ECI) que indica el MAAGTICS,.	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (UTIC)	Titular de la UTIC	Minutas y bitácoras UTIC.	100% Se implementó el formato único para altas/bajas/cambios de usuarios para los servicios UTIC. Los usuarios ya lo usan en el Portal de Servicios Digitales (PSD)

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
Elemento 2.5.a	Se realiza la supervisión permanente y mejora continua de las operaciones y actividades de control de los procesos;	Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR.PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100%. Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100%. Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar a la Secretaría Académica y, ésta a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Jefe de Publicaciones	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100%. Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretario General	Jefe del Departamento Recursos Humanos	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100%. Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		Implementar el Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, que proponga el nivel operativo y con el reportar al Secretario General y, éste a la Presidenta, los riesgos (especialmente de atención inmediata) y debilidades de control que se detecten.	DIR PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Director de Presupuesto y Finanzas	Comunicado al personal del área, indicándole que reporte con dicho formato, los riesgos y debilidades de control que detecten. Reportes para mejora continua del proceso, presentados.	100%. Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
Elemento 3.1.a	Las actividades y tareas que se realizan en el proceso son acordes con las funciones establecidas en el manual de organización y de procedimientos actualizado.	1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	OPE PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Dirección de Docencia >Jefatura de Publicaciones	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	OPE PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Dirección de Docencia >Jefatura de Recursos Materiales >Reponsable de Difusión >Jefe de Publicaciones	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	OPE PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Directora de Vinculación >Reponsable de Difusión >Jefe de Publicaciones	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	OPE PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Jefa del Departamento de Recursos Humanos	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
		1. Revisar y, en su caso, proponer, en relación con el Área de su competencia: 1.1 La adecuación del proyecto del Manual de Organización. 1.2 La actualización del Manual de Procedimientos.	OPE PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	>Jefa de Contabilidad >Director de Presupuesto y Finanzas	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
		Se encuentra en proceso de aprobación por las instancias normativas correspondientes		01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	>Secretario General >Jefa del Departamento de Recursos Humanos	Resultado de la revisión de Manuales y, en su caso, propuesta de adecuación y/o actualización.	100% 1.1 El Manual de Organización se encuentra actualizado, se presentará para su aprobación al Órgano de Gobierno 80% 1.2 Manual de Procedimientos: Se han elaborado y actualizado diversos procedimientos y se publican en la Intranet de El Colegio.
Elemento 3.2.a	Participa en la administración de riesgos, informando a los mandos superiores sobre los factores de riesgos detectados en el proceso y acciones de control aplicables;	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 1.1 Reportar al jefe inmediato superior los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el área, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Dirección de Docencia >Jefatura de Publicaciones	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 1.1 Reportar al jefe inmediato superior los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el área, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Dirección de Docencia >Jefatura de Recursos Materiales >Reponsable de Difusión >Jefe de Publicaciones	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Jefe inmediato superior, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Directora de Vinculación >Responsable de Difusión >Jefe de Publicaciones	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Jefe inmediato superior, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Jefa del Departamento de Recursos Humanos	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Jefe inmediato superior, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	>Jefa de Contabilidad >Director de Presupuesto y Finanzas	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
Elemento 3.2.b	Se informa a los mandos superiores sobre posibles riesgos, incluyendo los de corrupción, abusos y fraudes potenciales en las operaciones que pueden afectar al proceso.	1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 1.1 Reportar al jefe inmediato superior los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el área, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Dirección de Docencia >Jefatura de Publicaciones	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 1.1 Reportar al jefe inmediato superior los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el área, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Jefatura de Recursos Materiales >Reponsable de Difusión >Jefe de Publicaciones	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Jefe inmediato superior, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Directora de Vinculación >Reponsable de Difusión >Jefe de Publicaciones	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Jefe inmediato superior, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Jefa del Departamento de Recursos Humanos	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.
		1. Participar en el equipo de trabajo de ARI que se integre y formalice, así como aplicar metodología de ARI conforme al numeral 38 del Manual de Control Interno, que institucionalmente se difundan por la instancia correspondiente. (PTAR 2015 y 2016) 2. Reportar al Jefe inmediato superior, los riesgos (incluidos de corrupción) y factores detectados en el Área de adscripción, así como las propuestas de acciones de control. (actividad permanente)	OPE PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	>Jefa de Contabilidad >Director de Presupuesto y Finanzas	1. Constancia(s) de Reporte(s) de riesgos al Jefe inmediato superior. 2. Documentos generados de la ARI para 2015 y 2016.	100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI 1. Se envió correo electrónico al grupo de trabajo de ARI, en el que se les instruyó a detectar los riesgos del área bajo su responsabilidad, de acuerdo con la Metodología ARI. 2. Los reportes se presentan al Coordinador de Control Interno. 3. De los 10 riesgos detectados en 2015, cinco concluyeron y los cinco restantes se tomó la determinación de continuar trabajando en ellos en la Matriz de Riesgos 2016 hasta su conclusión. El universo de riesgos para 2016 es de siete.

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
Elemento 3.3.b	Las omisiones, errores, desviaciones o insuficiencia de evidencia documental en las operaciones del proceso, se aclaran o corrigen con oportunidad;	<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Dirección de Docencia >Jefe de Publicaciones (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Dirección de Docencia >Jefatura de Recursos Materiales >Responsable de Difusión >Jefe de Publicaciones (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Directora de Vinculación >Responsable de Difusión >Jefe de Publicaciones (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Jefa del Departamento de Recursos Humanos (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	>Jefa de Contabilidad >Director de Presupuesto y Finanzas (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
Elemento 3.3.c	Las operaciones del proceso, están debidamente registradas y soportadas con la documentación clasificada, organizada y resguardada para su consulta y en cumplimiento de la normatividad aplicable;	<p>>Actualizar nombramientos de Responsables de Archivos Trámite.</p> <p>>Capacitar a los Responsables que se nombren.</p> <p>>Implementar los instrumentos de consulta y control archivístico para que los responsables de lo archivos de trámite inicien con su organización y clasificación, asesorándose con la Coordinadora de Archivos y/o conforme al Plan Anual 2015 de Desarrollo Archivístico que éste implemente.</p>	OPE PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Coordinadora de Archivos y Responsables de Archivo de Trámite.	Constancias de nombramientos actualizados, de responsables capacitados, reporte de avances de la organización y clasificación del archivo de trámite.	100% Se cuenta con el Cuadro General de Clasificación Archivística, así como con el Catálogo de Disposición Documental. Se nombró a los Responsables de Archivo de Trámite. El proceso de capacitación inició con tres áreas, terminando se continuará con las restantes.
		<p>>Actualizar nombramientos de Responsables de Archivos Trámite.</p> <p>>Capacitar a los Responsables que se nombren.</p> <p>>Implementar los instrumentos de consulta y control archivístico para que los responsables de lo archivos de trámite inicien con su organización y clasificación, asesorándose con la Coordinadora de Archivos y/o conforme al Plan Anual 2015 de Desarrollo Archivístico que éste implemente.</p>	OPE PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Coordinadora de Archivos y Responsables de Archivo de Trámite.	Constancias de nombramientos actualizados, de responsables capacitados, reporte de avances de la organización y clasificación del archivo de trámite.	100% Se cuenta con el Cuadro General de Clasificación Archivística, así como con el Catálogo de Disposición Documental. Se nombró a los Responsables de Archivo de Trámite. El proceso de capacitación inició con tres áreas, terminando se continuará con las restantes.
		<p>>Actualizar nombramientos de Responsables de Archivos Trámite.</p> <p>>Capacitar a los Responsables que se nombren.</p> <p>>Implementar los instrumentos de consulta y control archivístico para que los responsables de lo archivos de trámite inicien con su organización y clasificación, asesorándose con la Coordinadora de Archivos y/o conforme al Plan Anual 2015 de Desarrollo Archivístico que éste implemente.</p>	OPE PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Coordinadora de Archivos y Responsables de Archivo de Trámite.	Constancias de nombramientos actualizados, de responsables capacitados, reporte de avances de la organización y clasificación del archivo de trámite.	100% Se cuenta con el Cuadro General de Clasificación Archivística, así como con el Catálogo de Disposición Documental. Se nombró a los Responsables de Archivo de Trámite. El proceso de capacitación inició con tres áreas, terminando se continuará con las restantes.

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		>Actualizar nombramientos de Responsables de Archivos Trámite. >Capacitar a los Responsables que se nombren. > Implementar los instrumentos de consulta y control archivístico para que los responsables de lo archivos de trámite inicien con su organización y clasificación, asesorándose con la Coordinadora de Archivos y/o conforme al Plan Anual 2015 de Desarrollo Archivístico que éste implemente.	OPE PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Coordinadora de Archivos y Responsables de Archivo de Trámite.	Constancias de nombramientos actualizados, de responsables capacitados, reporte de avances de la organización y clasificación del archivo de trámite.	100% Se cuenta con el Cuadro General de Clasificación Archivística, así como con el Catálogo de Disposición Documental. Se nombró a los Responsables de Archivo de Trámite. El proceso de capacitación inició con tres áreas, terminando se continuará con las restantes.
		>Actualizar nombramientos de Responsables de Archivos Trámite. >Capacitar a los Responsables que se nombren. > Implementar los instrumentos de consulta y control archivístico para que los responsables de lo archivos de trámite inicien con su organización y clasificación, asesorándose con la Coordinadora de Archivos y/o conforme al Plan Anual 2015 de Desarrollo Archivístico que éste implemente.	OPE PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Coordinadora de Archivos y Responsables de Archivo de Trámite.	Constancias de nombramientos actualizados, de responsables capacitados, reporte de avances de la organización y clasificación del archivo de trámite.	100% Se cuenta con el Cuadro General de Clasificación Archivística, así como con el Catálogo de Disposición Documental. Se nombró a los Responsables de Archivo de Trámite. El proceso de capacitación inició con tres áreas, terminando se continuará con las restantes.
Elemento 3.3.d	Existen los espacios y medios necesarios para asegurar y salvaguardar los bienes, que pueden ser vulnerables al riesgo de pérdida, uso no autorizado, actos de corrupción, errores, fraudes, malversación de recursos o cambios no autorizados y que son oportunamente registrados y periódicamente comparados físicamente con los registros contables del área de trabajo;	1. Revisar y, en su caso, enriquecer en el resguardo, las obligaciones del servidor público respecto al bien que tiene asignado. 2. Conciliar con la UTI los movimientos de equipo de cómputo no reportados por dicha Unidad. 3. Realizar inventario físico al acervo bibliotecario registrado en patrimonio.	OPE PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	>Recursos Materiales >Biblioteca >UTI	>Jefa de Recursos Materiales y Servicio. >Jefe de la Unidad de Tecnologías de la Información. >Directora de Biblioteca.	1. Resguardos actualizados. 2. Conciliaciones realizadas. 3. Inventario realizado al acervo bibliotecario registrado en el patrimonio.	1.-80% La actualización de los resguardos se realiza en el sistema de administración de activos fijos. 2. 80% La UTIC realizó in inventario de equipo de cómputo adquirido. El informe está en revisión. 3.- No existe avance. La Biblioteca se encuentra en proceso de cambio de espacios destinados al acervo para la integración de material bibliográfico. Se reprograma la actividad relacionada con el inventario para finales del año ya que se trata de un proceso colaborativo entre varias áreas de la institución no solo es Recursos Materiales y Biblioteca se involucra Finanzas y UTI también.
		1. Revisar y, en su caso, enriquecer en el resguardo, las obligaciones del servidor público respecto al bien que tiene asignado. 2. Conciliar con la UTI los movimientos de equipo de cómputo no reportados por dicha Unidad. 3. Realizar inventario físico al acervo bibliotecario registrado en patrimonio.	OPE PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	>Recursos Materiales >Biblioteca >UTI	>Jefa de Recursos Materiales y Servicio. >Jefe de la Unidad de Tecnologías de la Información. >Directora de Biblioteca.	1. Resguardos actualizados. 2. Conciliaciones realizadas. 3. Inventario realizado al acervo bibliotecario registrado en el patrimonio.	1.-80% La actualización de los resguardos se realiza en el sistema de administración de activos fijos. 2. 80% La UTIC realizó in inventario de equipo de cómputo adquirido. El informe está en revisión. 3.- No existe avance. La Biblioteca se encuentra en proceso de cambio de espacios destinados al acervo para la integración de material bibliográfico. Se reprograma la actividad relacionada con el inventario para finales del año ya que se trata de un proceso colaborativo entre varias áreas de la institución no solo es Recursos Materiales y Biblioteca se involucra Finanzas y UTI también.
		1. Revisar y, en su caso, enriquecer en el resguardo, las obligaciones del servidor público respecto al bien que tiene asignado. 2. Conciliar con la UTI los movimientos de equipo de cómputo no reportados por dicha Unidad. 3. Realizar inventario físico al acervo bibliotecario registrado en patrimonio.	OPE PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	>Recursos Materiales >Biblioteca >UTI	>Jefa de Recursos Materiales y Servicio. >Jefe de la Unidad de Tecnologías de la Información. >Directora de Biblioteca.	1. Resguardos actualizados. 2. Conciliaciones realizadas. 3. Inventario realizado al acervo bibliotecario registrado en el patrimonio.	1.-80% La actualización de los resguardos se realiza en el sistema de administración de activos fijos. 2. 80% La UTIC realizó in inventario de equipo de cómputo adquirido. El informe está en revisión. 3.- No existe avance. La Biblioteca se encuentra en proceso de cambio de espacios destinados al acervo para la integración de material bibliográfico. Se reprograma la actividad relacionada con el inventario para finales del año ya que se trata de un proceso colaborativo entre varias áreas de la institución no solo es Recursos Materiales y Biblioteca se involucra Finanzas y UTI también.
		1. Revisar y, en su caso, enriquecer en el resguardo, las obligaciones del servidor público respecto al bien que tiene asignado. 2. Conciliar con la UTI los movimientos de equipo de cómputo no reportados por dicha Unidad. 3. Realizar inventario físico al acervo bibliográfico registrado en patrimonio.	OPE PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	>Recursos Materiales >Biblioteca >UTI	>Jefa de Recursos Materiales y Servicio. >Jefe de la Unidad de Tecnologías de la Información. >Directora de Biblioteca.	1. Resguardos actualizados. 2. Conciliaciones realizadas. 3. Inventario realizado al acervo bibliotecario registrado en el patrimonio.	1.-80% La actualización de los resguardos se realiza en el sistema de administración de activos fijos. 2. 80% La UTIC realizó in inventario de equipo de cómputo adquirido. El informe está en revisión. 3.- No existe avance. La Biblioteca se encuentra en proceso de cambio de espacios destinados al acervo para la integración de material bibliográfico. Se reprograma la actividad relacionada con el inventario para finales del año ya que se trata de un proceso colaborativo entre varias áreas de la institución no solo es Recursos Materiales y Biblioteca se involucra Finanzas y UTI también.
		1. Revisar y, en su caso, enriquecer en el resguardo, las obligaciones del servidor público respecto al bien que tiene asignado. 2. Conciliar con la UTI los movimientos de equipo de cómputo no reportados por dicha Unidad. 3. Realizar inventario físico al acervo bibliotecario registrado en patrimonio.	OPE PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	>Recursos Materiales >Biblioteca >UTI	>Jefa de Recursos Materiales y Servicio. >Jefe de la Unidad de Tecnologías de la Información. >Directora de Biblioteca.	1. Resguardos actualizados. 2. Conciliaciones realizadas. 3. Inventario realizado al acervo bibliotecario registrado en el patrimonio.	1.-80% La actualización de los resguardos se realiza en el sistema de administración de activos fijos. 2. 80% La UTIC realizó in inventario de equipo de cómputo adquirido. El informe está en revisión. 3.- No existe avance. La Biblioteca se encuentra en proceso de cambio de espacios destinados al acervo para la integración de material bibliográfico. Se reprograma la actividad relacionada con el inventario para finales del año ya que se trata de un proceso colaborativo entre varias áreas de la institución no solo es Recursos Materiales y Biblioteca se involucra Finanzas y UTI también.

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
Elemento 3.3.e	Se identifican y comunican oportunamente las mejoras de las actividades de control del proceso, y se participa en la actualización de las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos control;	<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Dirección de Docencia >Jefe de Publicaciones (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Dirección de Biblioteca >Dirección de Docencia >Jefatura de Recursos Materiales >Reponsable de Difusión >Jefe de Publicaciones (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	>Directora de Biblioteca >Directora de Docencia >Directora de Vinculación >Reponsable de Difusión >Jefe de Publicaciones (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p> <p>Correlación: </p>	OPE PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Jefa del Departamento de Recursos Humanos (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	<p>>Jefa de Contabilidad</p> <p>>Director de Presupuesto y Finanzas (coordinadamente con Enlace de Control Interno)</p>	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda
Elemento 3.5.a	Las debilidades del control interno del proceso se comunican a los mandos superiores para determinar las acciones correctivas y preventivas para la eficiencia y eficacia de las operaciones y actividades del proceso (mejora continua).	<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PS1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	<p>>Dirección de Biblioteca</p> <p>>Dirección de Docencia</p> <p>>Jefatura de Recursos Materiales</p> <p>>Reponsable de Difusión</p> <p>>Jefe de Publicaciones (coordinadamente con Enlace de Control Interno)</p>	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	<p>100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda.</p> <p>100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI</p>
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PS2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	<p>>Dirección de Biblioteca</p> <p>>Dirección de Docencia</p> <p>>Jefatura de Recursos Materiales</p> <p>>Reponsable de Difusión</p> <p>>Jefe de Publicaciones (coordinadamente con Enlace de Control Interno)</p>	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	<p>100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda.</p> <p>100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI</p>
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PS3.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría Académica	<p>>Directora de Biblioteca</p> <p>>Directora de Docencia</p> <p>>Directora de Vinculación</p> <p>>Reponsable de Difusión</p> <p>>Jefe de Publicaciones (coordinadamente con Enlace de Control Interno)</p>	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	<p>100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda.</p> <p>100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI</p>

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PA1.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	Jefa del Departamento de Recursos Humanos (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	<p>100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda.</p> <p>100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI</p>
		<p>1. Diseñar, en coordinación con Enlace de Control Interno, Formato de Reporte para Mejora Continua del Proceso, contemplando:</p> <p>1.1 Riesgos (incluidos de corrupción) y factores que detecten, así como sus propuestas de acciones de control.</p> <p>1.2 Debilidades de Control identificadas, y propuestas de acciones de mejora.</p> <p>1.3 Seguimiento de las acciones de control y/o mejora definidas implementar, así como las del PTCI y PTAR 2015 (Índice de implementación, con su evolución).</p> <p>1.4 Reportar al jefe inmediato superior con el formato, lo señalado en los puntos 1.1 a 1.3.</p>	OPE PA2.1	01-jul-15	31-dic-15	Secretaría General	>Jefa de Contabilidad >Director de Presupuesto y Finanzas (coordinadamente con Enlace de Control Interno)	Constancias de formato de Reporte diseñado, y de Reportes presentados al Jefe inmediato superior.	<p>100% Los reportes de necesidades y mejoras de control de cada proceso se efectúan a través de la Mesa de Ayuda.</p> <p>100% Los mandos superiores forman parte del equipo de trabajo de ARI</p>
Elemento 3.3.g	Operan controles para asegurar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información electrónica de forma oportuna y confiable;	Dar seguimiento y actualización permanente a todas las actividades que indica el MAAGTICSI.	TIC's	01-jul-15	31-dic-15	UTIC. Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones	Jorge Mendoza Lara	Revisión de minutas y bitácoras UTIC.	<p>95% Se da seguimiento según el proceso ASI del MAAGTICSI.</p> <p>Se tienen implementados mecanismos de respaldo de información de usuarios finales y de servidores.</p> <p>Se atendieron las observaciones del análisis de vulnerabilidades y pruebas de penetración</p>
Elemento 3.3.i	Se cuenta con un Plan de contingencias que dé continuidad a la operación de las TIC's de la Institución;	Dar seguimiento y actualización permanente a todas las actividades que indica el MAAGTICSI.	TIC's	01-jul-15	31-dic-15	UTIC. Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones	Jorge Mendoza Lara	Revisión de minutas y bitácoras UTIC.	<p>95% Los servidores son respaldados en forma diaria utilizando una NAS AppAssure.</p> <p>Los usuarios cuentan con un mecanismo para respaldar su información en forma local.</p>
Elemento 3.3.k	Operan los controles necesarios en materia de TIC's en los programas de seguridad, adquisición, desarrollo y mantenimiento;	Dar seguimiento y actualización permanente a todas las actividades que indica el MAAGTICSI.	TIC's	01-jul-15	31-dic-15	UTIC. Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones	Jorge Mendoza Lara	Revisión de minutas y bitácoras UTIC.	<p>95% Se le da seguimiento al proceso ASI del MAAGTICSI.</p> <p>Se tienen implementados roles y controles de acceso en todas las aplicaciones.</p> <p>Se monitorean continuamente los puertos de los equipos.</p> <p>Se cuenta con una barrera de fuego actualizada.</p> <p>Se atendieron las observaciones del análisis de vulnerabilidades y pruebas de penetración</p>
Elemento 3.3.l	Operan controles para el respaldo y recuperación de información, datos, imágenes, voz y video en servidores, y centros de información en materia de TIC's;	Dar seguimiento y actualización permanente a todas las actividades que indica el MAAGTICSI.	TIC's	01-jul-15	31-dic-15	UTIC. Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones	Jorge Mendoza Lara	Revisión de minutas y bitácoras UTIC.	<p>100% Los servidores son respaldados en forma diaria utilizando una NAS AppAssure.</p> <p>Los usuarios cuentan con un mecanismo para respaldar su información en forma local.</p>
Elemento 3.3.m	Operan controles para el acceso a personal autorizado, registro de altas, actualización y bajas de usuarios, a sistemas y centros informáticos.	Dar seguimiento y actualización permanente a todas las actividades que indica el MAAGTICSI.	TIC's	01-jul-15	31-dic-15	UTIC. Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones	Jorge Mendoza Lara	Revisión de minutas y bitácoras UTIC.	<p>100% Se implementó el formato único para altas/bajas/cambios de usuarios para los servicios UTIC. Los usuarios ya lo usan en el Portal de Servicios Digitales (PSD)</p>

**PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2015
 REPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE AVANCES ENERO-MARZO-2016**

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	PTCI 2015 (Clave con su consecutivo)	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable(s) de su implementación	Medios de Verificación	% y Avances ENE-MAR-2016
---------------------	-------------	------------------	---	-----------------	------------------	-----------------------	--	------------------------	--------------------------

Mtro. J. Humberto Dardón Hernández
 Coordinador de Control Interno