

## REPORTE DE AVANCE TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR)

Reporte: 2do Trimestre  
Periodo: Abril-Junio 2023

### FUNDAMENTO NORMATIVO

Con fundamento en el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno, en el Manual Administrativo de aplicación estatal que establece las disposiciones en materia de Control Interno y de conformidad a las facultades conferidas a la Unidad Especializada de Control Interno, a continuación se presenta el reporte trimestral de acciones en materia de Administración de Riesgos en el Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila.

### ALCANCE

El presente reporte, incluye el estatus de las actividades comprometidas, con base en la ejecución del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos del Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, correspondiente al trimestre que abarca de abril a junio del año 2023.

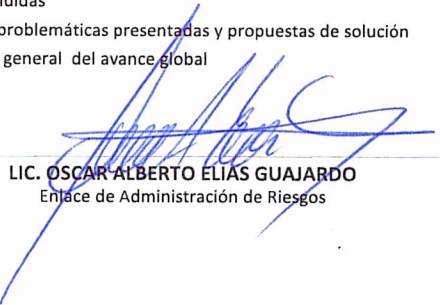
Este documento tiene como finalidad informar a la Dra. Alma Rosa Paredes Ramírez, Directora General del ISSREEI, sobre el avance en el cumplimiento del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, derivado como resultado del análisis del mapa de riesgos realizado por los responsables e integrado por la Unidad Especializada de Control Interno, considerando:

- a) Objetivos Estratégicos
- b) Objetivos Directivos; y
- c) Objetivos Operativos.

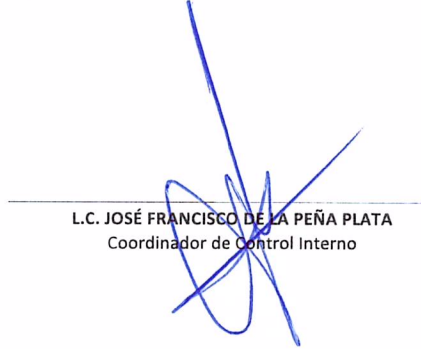
### CONTENIDO

El presente reporte incluye:

- I. Avance Global del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos
- II. Acciones del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos comprometidas en el 2do. Trimestre
  - a) Concluidas
  - b) No concluidas
- III. Principales problemáticas presentadas y propuestas de solución
- IV. Conclusión general del avance global



LIC. OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO  
Enlace de Administración de Riesgos



L.C. JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA  
Coordinador de Control Interno

I. AVANCE GLOBAL DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

	TRIMESTRES				RESULTADO ACUMULADO
	I	II	III	IV	
Acciones Programadas en el Trimestre	56	56	56	56	224
Acciones Concluidas (Correspondientes al Trimestre)	49	56			105
Acciones Sin avance (Correspondientes al Trimestre)	6	0			6
Acciones En proceso (Correspondientes al Trimestre)	1	0			1
Acciones Concluidas (Correspondiente a Trimestres anteriores)	0	0			0
<b>TOTAL DE ACCIONES DEL PTAR</b>	<b>224</b>	<b>224</b>			<b>448</b>
<b>% DE AVANCE TRIMESTRAL</b>	<b>88%</b>	<b>100%</b>			
<b>% DE AVANCE ACUMULADO</b>	<b>22%</b>	<b>47%</b>	<b># DIV/0 </b>	<b># DIV/0 </b>	

II. ACCIONES DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (2do. TRIMESTRE)

A) Acciones comprometidas con la implementación del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos concluidas en el 2do. Trimestre:

Riesgo	Factor de Riesgo	No. de acción	Acción Comprometida	Evidencia Soporte	Trimestre de referencia
2023_1 No cumplir con las respuestas a las solicitudes de información	Que las áreas no entreguen la información en tiempo y forma	1.1	1.- Se recibe la solicitud de información; 2.- Se realiza un memorandun requiriendo la información al área correspondiente indicándole los días que tiene para dar respuesta a la Unidad de Transparencia; 3.- el área tiene la responsabilidad de buscar la información para dar cumplimiento en tiempo y forma a la solicitud de información.	Se envía evidencia de memorandums enviados a las áreas indicándoles los días que tienen para dar respuesta	2do Trimestre
	La solicitud no corresponde a la Unidad de enlace y/o la información solicitada no existe	1.2	Enviar la respuesta de incompetencia al solicitante o en su caso de inexistencia de la información.	Se envían memorandums a las áreas para que ella indique si la solicitud no es clara o requiere prorroga	
	La solicitud contiene demasiada información, que sobrepasa las capacidades técnicas del Instituto	1.3	Concientizar al personal para que conozca el alcance de la importancia de dar cumplimiento en tiempo y forma para no incurrir en responsabilidades administrativas.	Se envía oficio al solicitante con la información requerida en tiempos que marca la Ley de Acceso a la Información Pública para el Estado de Coahuila de Zaragoza	
2023_2 Falta de seguimiento a quejas y/o sugerencias por parte de las Unidades Aplicativas del ISSREEI	Ejercer una actitud contraria de servicio, respeto y cordialidad en el trato, incumpliendo protocolos de actuación o atención al público	2.1	Se solicita, la información con respecto a quejas y sugerencias recibidas así como al seguimiento y solución emitidas por las diferentes Unidades Aplicativas del ISSREEI	Las Unidades Aplicativas envían información con respecto a quejas y sugerencias recibidas conforme a los lineamientos actualizados de quejas y sugerencias y siguiendo la guía del manejo del portal de quejanet	2do Trimestre
	Realizar trámites y otorgar servicios de forma deficiente, retrasando los tiempos de respuesta, consultas, trámites, gestiones y servicios	2.2	Las Unidades Aplicativas deberán enviar la información relacionada a quejas y sugerencias a la Unidad de Transparencia dentro del plazo establecido	Las Unidades Aplicativas deberán enviar la información relacionada a quejas y sugerencias a la Unidad de Transparencia dentro del plazo establecido	
	Falta de criterios y normas técnicas para establecer los procedimientos que deben observarse para cumplir con la función de garantizar la atención oportuna de las quejas y sugerencias administrativas	2.3	Conforme a los Lineamientos Generales de Atención de Quejas y Sugerencias de Usuarios, remitir a la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas un reporte de quejas y sugerencias recibidas, resolución de las mismas y el indicador generado	Se envían oficios con el reporte de quejas y sugerencias e indicador a la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas conforme a los Lineamientos Generales de Atención de Quejas y Sugerencias de Usuarios	
2023_3 Que no exista un control actual de la documentación administrativa generada por el Instituto	Que no exista un control actual de la documentación administrativa generada por el Instituto, lo que origina desinformación, extravío de documentos, retraso en algunos trámites e ineficiencias administrativas	3.1	Solicitar a las áreas los informes de gestión requeridos y de manera permanente y poder determinar adecuadamente las decisiones	Instrumentos de control y de consulta archivísticos conforme a sus atribuciones y funciones	2do Trimestre
	Falta de interes por parte del personal para llevar a cabo un control de archivo	3.2	Que se cuente con la información actualizada de interes para los involucrados en los archivos, para garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad.	Se realizo la inscripción al Registro Nacional de Archivos, el Consejo autorizo los lineamientos generales para la administración y conservación de los archivos	
	Falta de criterios y normas técnicas y jurídicas para hacer efectiva la creación, organización, transferencia, conservación y servicios de los archivos teniendo en cuenta lo establecido en la Ley General de Archivos	3.3	Motivación y socialización del requerimiento ético para el ejercicio de las funciones, promover en el archivo la cultura del orden y la transparencia	Se llevo a cabo la 2ª reunión extraordinaria del Grupo Interdisciplinario del ISSREEI, para revisar los avances de los lineamientos y el PADA, se envió oficios y memorandums a los jefes de departamento y a los directores de las unidades para la revisión de los instrumentos archivísticos	
2023_4 No tener Implementado el Tabulador de Sueldos para trabajadores del Instituto	El salario debiera ser adecuado al sector salud (rama medica, paramédica a fin y administrativa)	4.1	Se notificara mediante oficio a las siguientes dependencias (SEFIR,SEFIN,ASEC) de ser aprobado por el consejo.	Solicitar a las áreas los informes de gestión requeridos y de manera permanente y poder determinar adecuadamente las decisiones	2do Trimestre
	Los codigos deben estar de acuerdo con la estructura organizacional	4.2	Se realizaran de manera mensual las actualizaciones para enviar a la unidad de transparencia del instituto	Que se cuente con la información actualizada de interes para los involucrados en los archivos, para garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad.	
	Concidan tabulador con sistema de nomina	4.3	Se realizara resumen quincenal de la nomina (Eventual y Extraordinaria) de acuerdo con el tabulador y el sistema de nomina.	Motivación y socialización del requerimiento ético para el ejercicio de las funciones, promover en el archivo la cultura del orden y la transparencia	

2023_5 No contar con Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos vigentes y actualizados	Falta de definir procesos efectivos	5.1	Determinar y elaborar los procedimientos sustantivos por cada una de las áreas. Que las Unidades Aplicativas cuenten con sus Manuales de Organización.	Se cuenta y se distribuyen las Guías para Elaboración de los Manuales de Organización y de Elaboración de Manuales de Procedimientos, a la fecha, se cuenta con la validación del MO-ISSREI y al MP-ISSREE por parte de la SEFIRC, la próxima actualización será en abril 2023	2do Trimestre
	Falta de interés y compromiso del personal de elaborar y/o actualizar los manuales	5.2	Difusión a toda la organización de los planes y programas, así como la importancia de contar con manuales y procedimientos.	Respecto a las áreas sustantivas del Instituto, se cuenta con los Procedimientos Específicos elaborados, actualizados y validados por la SEFIRC. la próxima actualización será en abril 2023	
	Falta de comunicación	5.3	Difusión de la Guía para elaboración de Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos por correo electrónico y/o intranet en su caso, a todos los niveles de la organización.	Se da difusión de las Guías para elaboración de Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos por correo electrónico y/o intranet en su caso, a todos los niveles del Instituto.	
	Desconocimiento para elaborar manuales de procedimientos de las funciones, y grado de responsabilidad de sus funciones.	5.4	Promover que el personal se actualice por medio de cursos presenciales o en línea, solicitar apoyo a los gestores de calidad para asesorías.	Se llevan a cabo la actualización del personal por medio de cursos presenciales o en línea, así mismo, se solicita apoyo a los gestores de calidad para asesorías.	
	Falta de difusión de la normatividad, manuales, políticas, etc.	5.5	Realizar evaluaciones de manera periódica para verificar el avance de cumplimiento de las áreas y unidades.	Se realiza por lo menos una vez al año, la encuesta del clima organizacional y la encuesta de la autoevaluación de control interno, así como la encuesta de ética e integridad, en la que se refleja el grado de conocimiento del control interno por parte del personal del Instituto.	
2023_6 No mantener en óptimas condiciones todo el equipo de cómputo.	Servicio de Internet abierto para los usuarios de las diferentes áreas	6.1	Mantener el monitoreo de los equipos de red y realizar bloqueos constantemente de sitios web que no sean necesarios para la operación del personal	Mantener el monitoreo de los equipos de red y realizar bloqueos constantemente de sitios web que no sean necesarios para la operación del personal	2do Trimestre
	Licencia de paquetería Office y antivirus	6.2	revisión licencias activadas de microsoft office y antivirus de los equipos de cómputo	revisión licencias activadas de microsoft office y antivirus de los equipos de cómputo	
	servicios de soporte técnico realizados sin comprobar en las diferentes áreas y hospitales	6.3	Hojas de Servicio para enterar al usuario de que la petición de servicio fue atendida	Hojas de Servicio para enterar al usuario de que la petición de servicio fue atendida	
2023_7 Deficiencia en la captura de información y pago de las cuentas por pagar a proveedores	Deficiencia en Controles Internos	7.1	Capacitación al personal de las áreas contables del proceso administrativo y contable para documentar los expedientes, así como la captura en el sistema SIF de cuentas por pagar.	Capacitación al personal de las áreas contables del proceso administrativo y contable para documentar los expedientes, así como la captura en el sistema SIF de cuentas por pagar.	2do Trimestre
	Entrega de la misma documentación para afectar a varias unidades aplicativas	7.2	Las unidades aplicativas documentaran los expedientes con su cuenta por pagar.	Las unidades aplicativas documentaran los expedientes con su cuenta por pagar.	
	retención de documentación y retrasa la captura de las cuentas por pagar en sistema SIF	7.3	Revisión de expedientes y elaborar concentrados de proveedores para su aprobación del pago por parte de la subdirección administrativa	Revisión de expedientes y elaborar concentrados de proveedores para su aprobación del pago por parte de la subdirección administrativa	
2023_8 No mantener la recuperación del pago de facturación generada por los servicios Subrogados	Dificultad de comunicación con los departamentos involucrados para agilizar el pago de facturación de las instituciones subrogadas.	8.1	Se actualiza Directorio de Directivos y personal con facultades para agilizar los pagos.	Se actualiza Directorio de Directivos y personal con facultades para agilizar los pagos.	2do Trimestre
	Control de facturación y soporte de facturación para tener identificados los adeudos y su óptimo manejo.	8.2	Se elaboran carpetas de control de facturación	Se elaboran carpetas de control de facturación	
	Tardanza en revisión, conciliación y autorización del cobro por parte de autoridades de instituciones subrogadas.	8.3	A la fecha se ha formalizado convenio de prestación de servicios con IMSS e ISSSTE y es de quien se lleva a cabo proceso de cobranza.	A la fecha se ha formalizado convenio de prestación de servicios con IMSS, ISSSTE y MUNICIPIO DE SALTILLO y es de quien se lleva a cabo proceso de cobranza.	
	Se envía para su cobro Facturación incompleta o con errores, lo cual retrasa su pago por no cumplir con los requerimientos de la Institución Subrogada.	8.4	Se efectúa revisión de la facturación a manera de filtro, previo a la entrega para su cobro para evitar sea devuelta por soporte incompleto.	Se efectúa revisión de la facturación a manera de filtro, previo a la entrega para su cobro para evitar sea devuelta por soporte incompleto.	

2023_9 No llevar a cabo los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos conforme a los procedimientos específicos establecidos	Que el personal de cada unidad aplicativa conserve actualizado su levantamiento y control de activo fijo e insumos	9.1	En atención al oficio ISSREEI/SA/120/2022 dirigido a los subdirectores administrativos de las unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, con instrucción de llevar a cabo las acciones necesarias para realizar la actualización de su inventario de activo fijo se reciben actualizaciones de activo fijo del Centro Estatal de Salud Mental y Hospital Psiquiátrico de Parras, en lo que corresponde al Hospital del Niño "Dr. Federico Gómez Santos" y el Centro Estatal del Adulto Mayor, se giran dos oficios mas, debido a que no presentaron sus actualizaciones.	En seguimiento a los oficios girados durante en ejercicio 2022 a las diferentes unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila y debido a que no se realizaron las acciones necesarias para la actualización del levantamiento y control de activo fijo, se crea el programa para actualización y levantamiento de inventario físico del activo fijo en las unidades aplicativas adscritas al ISSREEI en el cual participa personal del ISSREEI	2do Trimestre
	Homologar los formatos y procedimientos, así como implementar un instructivo de llenado del formato mencionado	9.2	En atención al oficio ISSREEI/SA/120/2022 dirigido a los subdirectores administrativos de las unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, con instrucción de actualizar los resguardos correspondientes a cada uno de los registros de la relación de levantamiento de inventario de activo fijo se recibe actualización de los resguardos correspondientes, en lo que corresponde al Hospital del Niño "Dr. Federico Gómez Santos" y el Centro Estatal del Adulto Mayor, se giran dos oficios mas, debido a que no presentaron sus actualizaciones.	En seguimiento a los oficios girados durante en ejercicio 2022 a las diferentes unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila y debido a que no se realizaron las acciones necesarias para la actualización del levantamiento y control de activo fijo, se crea el programa para actualización y levantamiento de inventario físico del activo fijo en las unidades aplicativas adscritas al ISSREEI en el cual participa personal del ISSREEI, con la finalidad de homologar formatos y procedimientos, así como la implementar un instructivo de llenado del formato mencionado.	
	Realizar los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos	9.3	En atención al oficio ISSREEI/SA/120/2022 dirigido a los subdirectores administrativos de las unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, con instrucción de llevar a cabo las acciones necesarias para realizar la actualización de su inventario de activo fijo se reciben actualizaciones de activo fijo del Centro Estatal de Salud Mental y Hospital Psiquiátrico de Parras, en lo que corresponde al Hospital del Niño "Dr. Federico Gómez Santos" y el Centro Estatal del Adulto Mayor, se giran dos oficios mas, debido a que no presentaron sus actualizaciones.	En seguimiento a los oficios girados durante en ejercicio 2022 a las diferentes unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila y debido a que no se realizaron las acciones necesarias para la actualización del levantamiento y control de activo fijo, se crea el programa para actualización y levantamiento de inventario físico del activo fijo en las unidades aplicativas adscritas al ISSREEI en el cual participa personal del ISSREEI	
	Identificar los bienes muebles en cada una de las áreas de las unidades aplicativas en base a los resguardos	9.4	En atención al oficio ISSREEI/SA/120/2022 dirigido a los subdirectores administrativos de las unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, con instrucción de actualizar los resguardos correspondientes a cada uno de los registros de la relación de levantamiento de inventario de activo fijo se recibe actualización de los resguardos correspondientes, en lo que corresponde al Hospital del Niño "Dr. Federico Gómez Santos" y el Centro Estatal del Adulto Mayor, se giran dos oficios mas, debido a que no presentaron sus actualizaciones.	En seguimiento a los oficios girados durante en ejercicio 2022 a las diferentes unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila y debido a que no se realizaron las acciones necesarias para la actualización del levantamiento y control de activo fijo, se crea el programa para actualización y levantamiento de inventario físico del activo fijo en las unidades aplicativas adscritas al ISSREEI en el cual participa personal del ISSREEI, con la finalidad de realizar la identificación de los bienes muebles en cada una de las unidades aplicativas en base a los resguardos.	

2023_10 * No se logre brindar un servicio con calidad * NO se otorgó la acreditación y certificación de las unidades médicas a nuestro cargo con la consecuente falta de inclusión en los presupuestos federales necesarios para el desarrollo de los programas de atención médica indispensables que la ciudadanía necesita.	No cumplir con los procesos de consulta externa en los diferentes servicios de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica correspondientes a cada Patología.	10.1	Uso adecuado de las G.P.C de las principales patologías vistas en la consulta externa.	Existencia en electrónico y físico de las Guías de Práctica Clínica: Existencia y Conocimiento de las Guías de Práctica Clínica en la unidad aplicativa CESAME- según las que aplicaron para la Re-Acreditación.	2do Trimestre
	No cumplir con la acreditación de la Unidad Aplicativa: CESAME	10.2	Realizar las correcciones de acuerdo a la cedula de causas en el CESAME para asegurar la re acreditación	Ya se cuenta con un 100 % en los indicadores de estructura, proceso y resultado para la Re acreditación con fecha programada de 01 noviembre 2022 cumplimentando los ítems de la cedula de evaluación Médica. EN ESPERA DE RESULTADO DE DICATMEN DE RE-ACREDITACIÓN PROXIMO TRIMESTRE	
	No llevar a cabo en forma adecuada el proceso de consulta externa en las unidades aplicativas a evaluar. Hospital del Niño, CESAME y CEAM	10.3	Realizar la supervisión, evaluación y corrección de los requisitos normativos de infraestructura de acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios	Ya fueron evaluados los lineamientos en Certificación de CEAM - EN ESPERA DE RESULTADO DE DICATMEN DE CERTIFICACIÓN PROXIMO TRIMESTRE-. En Hospital del niño estamos aun en espera de la formalización del CLUES como Hospital Materno infantil para retomar dicho proceso	
	No cumplir con MANUALES ESPECÍFICOS DE PROCEDIMIENTOS	10.4	Uso de los manuales específicos de procedimientos en la consulta externa de las unidades	Los manuales específicos de procedimientos de las demás áreas en las Unidades Aplicativas CEAM, CESAME y HN.	
	No garantizar la atención en forma eficaz y eficiente en cuanto al servicio de urgencias de CESAME, CEAM y H. NIÑO se refiere.	10.5	Uso adecuado de las G.P.C de las principales patologías vistas en la consulta externa.	Ya se cuenta con la capacitación para el uso de las G.P.C con su referencia en el Expediente Clínico en CESAME y CEAM solicitadas en la visita de Evaluación de re acreditación	
2023_11 No llevar a cabo los procedimientos de Adquisiciones de Bienes y contratación de Servicios en tiempo y forma, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia	Realizar contrataciones con proveedores no registrados en el padrón de proveedores del Gobierno del Estado	11.1	Se realiza la contratación de proveedores con apego a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios para el Estado de Coahuila, realizando la búsqueda de proveedores en el Padrón de Proveedores y Contratistas del Estado de Coahuila	Se realiza la contratación de proveedores con apego a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios para el Estado de Coahuila, realizando la búsqueda de proveedores en el Padrón de Proveedores y Contratistas del Estado de Coahuila	2do Trimestre
	Contratación de adquisiciones y/o servicios sin atender la normatividad aplicable.	11.2	Se realizan las contrataciones mediante el procedimiento de adjudicación en apego a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios para el Estado de Coahuila.	Se realizan las contrataciones mediante el procedimiento de adjudicación en apego a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios para el Estado de Coahuila.	
	Aplicar de manera incorrecta los procedimientos de licitación pública, invitación a cuando menos tres o en su caso adquisición directa de bienes o servicios	11.3	Se realizan los procesos de licitación pública nacional e invitación a cuando menos tres personas para atender las necesidades de las unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila para el ejercicio 2022, con los siguientes números de procedimiento: LA-905029961-E1-2022, IA-905029961-E2-2022, IA-905029961-E4-2022, IA-905029961-E5-2022, IA-905029961-E6-2022, IA-905029961-E7, IA-905029961-E8, IA-905029961-E9, IA-905029961-E10-2022, emitiendo fallo correspondiente.	Se realizan los procesos de licitación pública nacional e invitación a cuando menos tres personas para atender las necesidades de las unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila para el ejercicio 2022, con los siguientes números de procedimiento: LA-905029961-E1-2022, IA-905029961-E2-2022, IA-905029961-E3-2022 IA-905029961-E4-2022, IA-905029961-E5-2022, IA-905029961-E6-2022, IA-905029961-E7, IA-905029961-E8, IA-905029961-E9, IA-905029961-E10-2022, CE-905029961-E11-2022, CE-905029961-E12-2022 y CE-905029961-E13-2022 emitiendo fallo correspondiente.	
	No llevar a cabo las reuniones del Subcomité de Adquisiciones	11.4	Se realiza la reestructuración del subcomité de adquisiciones del Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila y llevar a cabo las reuniones que se requieran.	Se realiza la reestructuración del subcomité de adquisiciones del Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila y llevar a cabo las reuniones que se requieran.	

2023_12 No realizar el registro en la contabilidad de manera mensual los ingresos y egresos.	Fallas en el sistema SIIF	12.1	Notificar de manera inmediata fallas en el SIIF	Notificar de manera inmediata fallas en el SIIF	2do Trimestre
	No capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	12.2	Supervisión a las Unidades Aplicativas para verificar la capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	Supervisión a las Unidades Aplicativas para verificar la capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	
	Errores u omisiones en los registros contables	12.3	Monitoreo frecuente en el sistema contable para detectar errores u omisiones	Monitoreo frecuente en el sistema contable para detectar errores u omisiones	
	Deficiente integración del soporte documental	12.4	Check list de los documentos que debe contener el soporte de cada poliza	Check list de los documentos que debe contener el soporte de cada poliza	
2023_13 Omisión de los procedimientos y normativa a la selección de personal.	No cumplir con los procedimientos para la selección de personal.	13.1	Realizar o en su caso mantener actualizado los procedimientos	Se actualizaron los procedimientos específicos del departamento de recursos	2do Trimestre
	Contratación de personal sin reunir el perfil, nivel de estudios y experiencia que se requiere para el puesto	13.2	Contratación de personal que reúna el perfil requerido	La contratación de personal se lleva a cabo mediante los procedimientos establecidos	
	Códigos y/o sueldos de acuerdo al nivel de responsabilidad	13.3	Actualizar el Tabulador de Sueldos y aplicarlo de acuerdo a las funciones y nivel de responsabilidad	El Tabulador de Sueldos se aplica de acuerdo a las funciones y nivel de	
	Desconocimiento de las funciones y grado de responsabilidad	13.4	Llevar a cabo capacitaciones al personal	Se Llevan a cabo capacitaciones al personal	
2023_14 Inadecuado manejo de la información confidencial hacia otras áreas o fuera de la Institución	Entregar información confidencial a cambio de beneficios personales.	14.1	Resguardo de documentos físicos y electrónicos con las medidas de seguridad correspondientes.	Resguardo de documentos físicos y electrónicos con las medidas de seguridad correspondientes. Derechos ARCO de las Unidades. Se llevo a cabo el curso de Ética pública y prevención de conflicto de intereses en el sector público y el curso virtual de ética e integridad en el Servicio Público.	2do Trimestre
	No cumplir con los tiempos que determina la normatividad	14.2	Se monitorea diariamente las plataformas donde se reciben las solicitudes de información para que inmediatamente se turne al área correspondiente para su atención, y actualizar las plataformas mensualmente y trimestralmente.	Se envía evidencia de memorandums enviados a las áreas indicándoles los días para actualizar las Plataformas (Coahuila Transparente y la Plataforma Nacional de acuerdo al Programa de Evaluación del ICAI)	
	Proporcionar información falsa o incompleta, confidencial y/o reservada	14.3	Instruir al personal responsable de cada área actualizar la información de acuerdo a la Ley de Acceso a la Información Pública para el Estado de Coahuila.	Dar cumplimiento de publicar información en Coahuila Transparente y en la Plataforma Nacional de Transparencia, así como contar con un Comité de Transparencia. Acta de la cuarta sesión ordinaria del Comité de Transparencia.	
2023_15 Demanda que conlleva pago de diversas prestaciones y/o responsabilidades ante el incumplimiento de algún mandato de autoridad	falta de comunicación efectiva entre el personal operativo y directivo ante un asunto medico-legal.	15.1	Se envía oficio de implementación de bitacora de asuntos medico-legales a los directivos de cada unidad aplicativa para su llenado y actualización semanalmente, así mismo en mancuerna con el área médica se verificaron los documentos medico-legales que deberán integrarse en el expediente clínico.	se realiza retroalimentación a los Directivos de cada Unidad Aplicativa, respecto a la comunicación de asuntos medico-legales a la Coordinación Jurídica e implementación de bitacora UN	2do Trimestre
	falta de implementación de bitacora de asuntos medico-legales en las Unidades Aplicativas así como el llenado e integración completa de los documentos medico legales en los expedientes clínicos.	15.2	Se da contestación de manera prioritaria a todos los oficios con término y emitidos por autoridades jurisdiccionales y/o administrativas.	Se propone enviar oficio de seguimiento al presidente del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Coahuila para dar continuidad a la mesa de trabajo respecto a los reos internos en el CESAME	
	Responsable de asuntos médico- legales en fines de semana en las Unidades Aplicativas	15.3	se realizara verificación de la implementación de los documentos medico-legales en cada unidad aplicativa mensualmente.	se mantiene comunicación con el personal de fin de semana con atención prioritaria en trabajo social en HPP, HN, CESAME, se continua visita de supervisión y seguimiento	
	Falta de conocimiento de las autoridades jurisdiccionales respecto a los servicios que se prestan y las condiciones de cada unidad aplicativa	15.4	Se realizará reunión virtual mensualmente con los directivos de las unidades aplicativas y el departamento de calidad para revisar los asuntos médico-legales y su seguimiento, bitacora de asuntos médico-legales entre otros puntos.	se retroalimenta al Hospital del Niño, respecto a las respuestas enviadas a las autoridades peticionarias de expediente clínico y resumen clínico.	
		15.5	Se propondrá nombrar un encargado en fines de semana por cada unidad aplicativa que este al pendiente y en constante comunicación respecto a cualquier asunto medico-legal que se presentare, implementando el directorio de enlaces en cada unidad aplicativa.	Se revisa el protocolo de ingreso de pacientes al CESAME	

B) Acciones comprometidas con la implementación del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos **NO concluidas en el 2do. Trimestre** :

Riesgo	Factor de Riesgo	No. de acción	Acción Comprometida	Porcentaje de Avance	Justificación y evidencia de avance	Trimestre de referencia

**III. PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS PRESENTADAS Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN:**

Identificar los riesgos así como los factores que lo generan en cada área o proceso sustantivo, falta de conocimiento del personal para la elaboración, actualización y en su caso el seguimiento y monitoreo de la MARI.

Se realiza asesoría personalizada con el personal de cada área para que en conjunto se puedan ir desarrollando e identificando los riesgos de cada proceso, el grado de impacto en el logro de objetivos así como la probabilidad de ocurrencia.

**IV. CONCLUSIÓN GENERAL DEL AVANCE GLOBAL:**

Se sigue trabajando en cada una de las áreas para atender y realizar acciones para controlar o en su caso disminuir los riesgos mencionados en la Matriz de Riesgos, adicionalmente se sigue trabajando en la identificación de otros riesgos en los procesos que afectan a los objetivos institucionales.